RIGO Research en Advies BV
Woon- werk- en leefomgeving
www.rigo.nl

Effectanalyse Thuishuis

Inzicht in de maatschappelijke meerwaarde



RIGO Research en Advies
Woon- werk- en leefomgeving
www.rigo.nl

Effectanalyse Thuishuis

Inzicht in de maatschappelijke meerwaarde

Opdrachtgever

Ministerie van BZK

Auteurs

Wilma Bakker

Peter Berkhout

Martin Damen

Rapportnummer

P28980

Uitgave

11 juni 2015

RIGO Research en Advies BV

De Ruyterkade 112C
1011 AB Amsterdam

Postbus 2805
1000 CV Amsterdam

020 522 11 11
info@rigo.nl
www.rigo.nl

Inhoud

	Samenvatting	**1**
1	**Inleiding**	**8**
1.1	Langer zelfstandig wonen	
1.2	Thuishuis en Thuisbezoek	
1.3	Wegnemen belemmeringen	
1.4	Doel en onderzoeksvragen effectanalyse Thuishuis	
1.5	Leeswijzer	
2	**Aanpak en werkwijze effectanalyse**	**11**
2.1	MKBA: wegen baten op tegen de kosten?	
2.2	De stappen uitgewerkt	
2.3	Uitvoering MKBA in zorg en preventie van zorg	
2.4	Uitgangspunten en werkwijze	
2.4.1	Directe maatschappelijke meerwaarde	14
2.4.2	Interviews met bewoners	14
2.4.3	Workshop met professionals	15
3	**Effecten Thuishuis: theorie en praktijk**	**16**
3.1	Kwetsbaarheid	
3.2	Draagkracht en draaglast	
3.3	Kwetsbaarheid in het Thuishuis	
3.4	De effecten van het Thuishuis	
4	**Project en nul-alternatief**	**23**
4.1	Projectalternatief	
4.2	Nul-alternatief	

5	**Kwantificeren van effecten**	**26**
5.1	Waarderen gezondheid en welzijn	
5.2	Waarderen gezondheidswinst	
5.3	Kwantificering van de baten	
5.4	Kwantificeren van de kosten	
6	**Analyse**	**34**
6.1	Uitgangspunten	
6.2	Het basisscenario	
6.3	Varianten	
6.4	Resumerend	
7	**Nabeschouwing**	**41**
Bijlage 1	**Vragenlijst Bewoners**	**47**
Bijlage 2	**Bronnen en literatuur**	**51**
Bijlage 3	**Kostenverdeling**	**52**
Bijlage 4	**Overzicht modelparameters**	**53**
Bijlage 5	**Deelnemers expertmeeting**	**54**

Samenvatting

Het kabinetsbeleid is er op gericht om ouderen langer zelfstandig te laten wonen. Dat betekent dat ouderen met een (lichte) zorgvraag niet verhuizen naar een zorginstelling maar op de reguliere woningmarkt blijven en zorg op maat afnemen. Zo kunnen ouderen ervoor kiezen, na eventuele woningaanpassingen, in hun eigen woning te blijven wonen of te verhuizen naar een meer passende woning.

Over het algemeen is dat een nultredenwoning of een specifieke ouderenwoning, maar het kan ook een geclusterde of beschermde woonvorm zijn. Aan dat laatste kan behoefte zijn als een oudere zich eenzaam voelt of alternatieven onveilig vindt.

Een mogelijke belemmering bij het realiseren van speciale woonvormen zijn 'split incentives'. Dit betekent dat de investeringen en kosten worden gedragen door andere partijen dan de partijen die de opbrengsten of baten genieten. Als die baten niet expliciet aan het initiatief kunnen worden gelinkt dan kan dat tot gevolg hebben dat een in potentie maatschappelijk rendabel project niet van de grond komt.

Het is daarom raadzaam om inzicht te krijgen in welke partijen kosten maken, welke partijen opbrengsten genieten en wat de aard en omvang is van het maatschappelijke rendement en welke (alternatieve) financieringsconstructies daarop goed aansluiten. Dit is belangrijk voor (sociaal) ondernemers omdat het gebrek aan interesse bij investeerders de meest genoemde belemmering bij het opzetten van nieuwe woon(zorg)arrangementen is.

Deze financieringsproblematiek is reden voor het Ministerie van BZK om een maatschappelijk kosten-batenanalyse te laten uitvoeren naar het Thuishuis. Het onderzoek kan als voorbeeld dienen voor maatschappelijke initiatieven in het veld, hoe de maatschappelijke kosten en baten van projecten op het snijvlak van wonen, zorg en welzijn in beeld kunnen worden gebracht.

Thuishuis en Thuisbezoek

Het Thuishuis is een innovatief kleinschalig woonconcept (5 tot 7 bewoners) voor alleenstaande ouderen die dreigen te vereenzamen of niet alleen willen wonen en er daarom voor kiezen om samen achter één voordeur te gaan wonen. Alle bewoners – mannen en vrouwen – hebben elk hun eigen woonruimte (circa 40m^2) die bestaat uit een woonkamer met pantry, een slaapkamer en een badkamer met toilet. Zij delen nog een gezamenlijke woonkamer alsmede keuken, hobbyruimte, logeerkamer en bij voorkeur een tuin; waarmee de totale ervaren leefruimte op circa 80m^2 kan komen. Het wordt ook wel het 'studentenhuis voor ouderen' genoemd. Het zijn huurwoningen met een huur van ongeveer € 550 per maand. De ligging is bij voorkeur in de nabijheid van winkels, openbaar vervoer, parkeren en een gezondheidscentrum.

Thuisbezoek completeert het concept. Thuisbezoek houdt in dat de vrijwilligers verbonden aan de organisatie van het Thuishuis kwetsbare alleenstaande ouderen in de wijk waar het Thuishuis staat, bezoeken met als doel om het netwerk van deze ouderen te revitaliseren, zo mogelijk uit te breiden, opdat sociaal isolement wordt

voorkomen. Deze kwetsbare ouderen zijn in potentie ook de doelgroep voor het Thuishuis.

De doelgroep wordt gevormd door alleenstaande ouderen uit de buurt waar het Thuishuis wordt gerealiseerd, die onvoldoende zelf in staat zijn om emotioneel, organisatorisch en financieel (dreigende) eenzaamheid te doorbreken of hun sociale netwerken te ontwikkelen. Eenzaamheid tegengaan is het kernbegrip. De doelgroep wordt daarom mede gebaseerd op factoren die het risico op eenzaamheid vergroten:

- Leeftijd van 60+ (het sociale netwerk van ouderen is kleiner);
- Gezinssituatie: alleenstaand (spreekt voor zich);
- Inkomen: minder kapitaalkrachtigen met een beneden modaal inkomen;
- Fysieke beperkingen (die op de mobiliteit van invloed zijn).

Onderzoeksvraag

Er zijn momenteel twee Thuishuizen. Een in Deurne en een in Amstelveen. In andere gemeenten komt het Thuishuis door financieringsproblemen moeilijk van de grond. Deze financieringsproblematiek is de achterliggende reden voor het Ministerie van BZK voor het laten uitvoeren van een effectanalyse om antwoord te krijgen op de volgende vragen:

- Tot welk maatschappelijke effecten leidt de investering in het Thuishuis voor alleenstaande ouderen en andere partijen?
- Is een indicatie te geven van de omvang en het belang van deze effecten voor genoemde partijen?

Maatschappelijke Kosten en Baten Analyse (MKBA)

Om de gestelde onderzoeksvragen te beantwoorden is gekozen voor een maatschappelijke kosten en baten analyse (MKBA). De MKBA is een beproefd instrument dat inzicht verschaft in de effectiviteit en legitimiteit van investeringen ook op het terrein van wonen, welzijn en zorg. De hoofdvraag die een MKBA beantwoordt is of de baten voor de maatschappij opwegen tegen de kosten die gepaard gaan met de investering. Een belangrijke bijvangst is dat de MKBA inzicht geeft in wie de vruchten plukt en wie de kosten draagt van de investering.

Een MKBA begint met een analyse van hoe een interventie een bepaald probleem kan oplossen. Het idee is om de doelstelling van de interventie in kaart te brengen.

Het samenwonen van kwetsbare ouderen is waar het om draait in het Thuishuis. Samenwonen om sociaal isolement en eenzaamheid te bestrijden zonder enige extra investering in eenzaamheidsbestrijding (van vrijwilligers of zorgprofessionals), inzet van vrijwilligers of (een groot beroep op) mantelzorgers. Met andere woorden, samenwonen is:

- een ‘medicijn’ tegen eenzaamheid;
- en maakt samenredzaam, d.w.z. maakt het opvangen van elkaars fysieke beperkingen mogelijk waardoor individuen binnen een groep langer zelfstandig kunnen wonen.

Deze doelstellingen worden verwerkt in een ‘projectalternatief’. In een ‘nul-alternatief’ wordt rekening gehouden met de autonome ontwikkeling zonder de interventie.

Project- en nul-alternatief

Het gekozen projectalternatief is samengesteld op basis van elementen die zouden moeten bijdragen aan het werkzame principe zoals die (1) in de praktijk voorkomen in de bestaande Thuishuizen in Deurne en Amstelveen, (2) randvoorwaardelijk zijn in het initiële idee van de Stichting Thuis in Welzijn en (3) als waardevol worden gezien door de bewoners. Het projectalternatief is daarmee deels een hypothetisch en theoretisch concept dat in de praktijk niet voorkomt.

Het projectalternatief is gedefinieerd als een kleinschalig complex van levensloop-bestendige en betaalbare woonruimtes (achter één voordeur) in de huursector voor zelfstandige bewoning door senioren, met daarbij gezamenlijke ruimtes en hulpmiddelen voor fysieke beperkingen.

De bewoners maken gebruik van het regulier zorgaanbod. Wel zijn er vrijwilligers die buiten het huis activiteiten ontplooien, zoals Thuisbezoek en inloophuis; voor dit onderzoek is het van belang dat het aannemelijk is dat het succesvol werven van nieuwe Thuishuisbewoners hiervan afhankelijk is. Echter, het Thuisbezoek is geen exclusief onderdeel in het projectalternatief. Van het bezoeken van geïsoleerde ouderen in de wijk wordt verondersteld dat dat ook in het nul-alternatief wordt georganiseerd. Daarnaast kent het Thuishuisconcept een vrijwilligerscoördinator met korte lijnen naar de bewoners, die in meer of mindere mate afhankelijk van de instroom van nieuwe bewoners de samenredzaamheid onderhoudt en stimuleert.

Omdat de meeste bewoners verhuis geneigd waren, definiëren we het nul-alternatief als een reguliere zelfstandige seniorenwoning. Deze woning staat in een normale woonwijk en is geen onderdeel van een woonzorgcomplex. We gaan er ook vanuit dat een gemeente, als er geen Thuishuisbezoek organisatie is die bezoeken aflegt aan eenzame ouderen in de wijk, een soortgelijke dienstverlening financiert uit de WMO. Kortom: in het nul-alternatief heeft de bewoner geen georganiseerde sociale woon-omgeving met andere ouderen om zich heen en maakt op een ‘normale’ manier gebruik van zorg- en welzijnsdienstverlening.

Thuishuiseffecten: welzijns- en gezondheidswinst

De toetsing van de probleemanalyse en bepalen waarom en in welke mate effecten optreden is gebaseerd op literatuuronderzoek en inbreng van de bewoners zelf. Zowel in het Thuishuis in Deurne als in het Thuishuis in Amstelveen, zijn zes van de zeven bewoners geïnterviewd.

De literatuur leert dat mensen die zijn ingebed in een goed netwerk minder gebruik maken van formele zorg en als ze gezondheidsproblemen hebben dan gaat het herstel vaak sneller. Dat effect vindt zijn oorsprong in de door onderzoek gestaafde gedachte dat (sociale) eenzaamheid gerelateerd is aan de incidentie van diverse fysieke en psychische aandoeningen. Door een ‘direct’ beschikbaar sociaal netwerk te organiseren lijkt het Thuishuis van invloed te kunnen zijn op gezondheid (ziekte en herstel, zorg-gebruik) binnen de volgende dimensies:

- Somatisch (beter gevoed, betere hygiëne, meer beweging)
- Psychisch (minder eenzaam, minder zorgen, minder depressief)
- Sociaal (meer eigen regie, meer contacten)

Welzijnswinst en gezondheidswinst zijn de kern van de effecten die uit de interviews en literatuurstudie kunnen worden afgeleid. In welke mate de veronderstelde Thuishuiseffecten optreden is niet bekend; daarvoor bestaat het Thuishuis in de praktijk nog niet lang genoeg.

Thuishuiseffect op welzijn bewoners: veilig en zelfstandig

Uit de interviews blijkt dat de meeste bewoners kwetsbaar zijn en zich kwetsbaar voelen. Als ze zich niet kwetsbaar hadden gevoeld was het Thuishuis ook geen alternatief voor hen geweest. Sommige bewoners hebben hun partner verloren en anderen hebben een slechte gezondheid, meestal fysiek maar in enkele gevallen ook geheugen- of cognitieproblemen. Soms komt beide voor.

In het Thuishuis staan de bewoners voor elkaar klaar maar ze geven aan dat voor elkaar zorgen (te) belastend zou zijn en het wordt ook niet als prettig ervaren als een medebewoner te hulpbehoevend zou worden. Uit de gesprekken met de bewoners blijkt dat het samenwonen niet vanzelf gaat. De aanwezigheid van een coördinator als een 'samenleef coach' wordt daarom gewaardeerd.

De belangrijkste les uit de gesprekken met de bewoners is echter dat ze zich veilig voelen en dat er aanspraak is op momenten dat het nodig is. Ze vinden dat fijn, het maakt ze minder kwetsbaar en ze voelen zich zelfstandig. Dat is allemaal welzijnswinst voor de bewoners. Echter, we beschikken niet over een algemeen erkende maat om welzijn te kwantificeren of uit te drukken in geld. Dat betekent voor de MKBA dat we de geconstateerde welzijnswinst als PM-post opnemen.

Thuishuiseffect op gezondheid

In het basisscenario schetsen we de effecten die in theorie op grond van de meningen van experts worden verwacht. Het belangrijkste effect van het Thuishuis is dat vereenzaming van kwetsbare ouderen ermee kan worden voorkomen. Eenzaamheid wordt in de literatuur weliswaar aan een hogere incidentie van diverse aandoeningen verbonden; maar over de mate waarin die incidentie afneemt en bij welke mate van eenzaamheid, zijn geen bruikbare cijfers beschikbaar. Om de gezondheidswinsten te kunnen ramen, hebben we in deze studie de relatie tussen wat het Thuishuis aan de woonsituatie van de bewoners verandert en de incidentie van aandoeningen ingeschat op basis van expert opinion en de interviews. In de hier gepresenteerde effectanalyse bedraagt de gezondheidswinst per bewoner per jaar 0,018 DALY (Disability Adjusted Life Years). Met een DALY kunnen de ziektelasten worden uitgedrukt in één getal, waarmee de effecten van verschillende ziektes/aandoeningen op de gezondheid onder één noemer worden gebracht. Een DALY houdt rekening met zowel verandering van de kwaliteit van leven als effecten op de levensduur.

Kosten Thuishuis

In de MKBA is ervan uitgegaan dat de stichtingskosten van een Thuishuis niet verschillen van een regulier seniorencomplex en het dus op het gebied van kosten voor een woningcorporatie niet uitmaakt of zij investeren in een Thuishuis of een regulier seniorencomplex. Ook voor de bewoners maakt het geen verschil in woonlasten

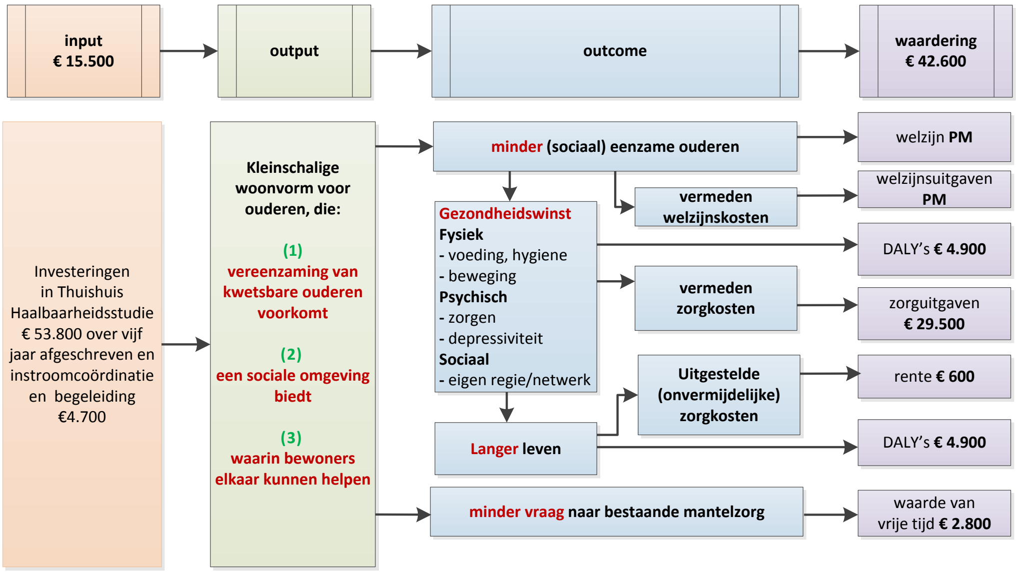
Wel zijn er de afschrijvingskosten van haalbaarheidsstudies voor de Stichting Thuis in welzijn (afschrijvingstermijn 5 jaar) en om de welzijns- en gezondheidswinst optimaal

te laten zijn is ook coördinator van het Thuishuis meegenomen. Deze laatste kosten komen uit op bijna 4.700 euro per jaar. De coördinator kan een stimulans zijn bij het organiseren van gezamenlijke activiteiten en bemiddelt wanneer er een plek vrij komt. Omdat deze coördinator ook het Thuisbezoek coördineert kan snel een nieuwe bewoner worden geworven, waardoor leegstandskosten worden voorkomen.

Of het Thuishuis ook zonder coördinatiekosten optimaal kan functioneren is onzeker. Op grond van interviews met de bewoners van de twee bestaande Thuishuizen is het aannemelijk dat het Thuishuis zonder coördinator minder effecten genereert, omdat bewoners minder worden begeleid/gecoacht en de mix van bewoners niet optimaal zal zijn als de instroom aan het toeval wordt overgelaten. Tegenover de opgenomen coördinatiekosten staan dus opbrengsten die zonder coördinatie niet kunnen worden geïnd.

Kosten en baten naast elkaar

Uitgaande van een jaarlijkse gezondheidswinst van 0,018 DALY per bewoner resulteert het Thuishuis in een positief maatschappelijk rendement. Deze gezondheidswinst is gebaseerd op inschattingen van experts. De ratio van baten en kosten wordt – als de door experts veronderstelde effecten zich voordoen - geschat op **2,75**. In het geval dat slechts een kwart van de effecten optreden, houden de kosten en baten elkaar in evenwicht. Het is derhalve aannemelijk dat het Thuishuis minder kost dan zij aan welvaart genereert. Hieronder worden de baten in een gemiddeld jaar in het bestaan van een Thuishuis schematisch weergegeven:



De bewoners incasseren ongeveer 20% van de welvaartswinst in de vorm van gezondheid. Bijna 70% is vermeden zorgvraag. Ruim de helft daarvan is vermeden ouderenzorg die door gemeenten uit de WMO wordt gefinancierd. De overige 10% van de winst komt bij de maatschappij terecht en heeft hoofdzakelijk betrekking op het ontlasten van mantelzorgers. Uit de analyse blijkt dat de jaarlijkse kosten van het Thuishuis van ongeveer dezelfde orde van grootte van zijn als alleen al de kosten van de uitgespaarde ouderenzorg.

Conclusie

De maatschappelijke effecten van het Thuishuis kunnen met de huidige kennis niet met betrouwbaarheid worden berekend. De onbetrouwbaarheid betreft vooral de maatschappelijke baten, maar ook de kosten zijn met de nodige onzekerheid omgeven. De belangrijkste reden voor de onzekerheid is dat de verwachte gezondheidseffecten van het Thuishuis voor de bewoners niet kunnen worden gebaseerd op empirische resultaten. Dat komt omdat het concept zelf nog te pril is om effecten in de praktijk waar te nemen. In de voorliggende studie worden de effecten derhalve op grond van expert-opinion ingeschat. Voorts zij opgemerkt dat niet alle effecten konden worden gekwantificeerd, zoals de effecten op het welzijn van de bewoners.

De basisgedachte is dat het Thuishuis vereenzaming van ouderen kan voorkomen en de huidige inzichten zeggen dat eenzaamheid samenhangt met de incidentie van diverse aandoeningen. Als we uitgaan van een gezondheidseffect, dan laat deze studie zien dat de maatschappelijke baten vooral in vermeden zorgvraag moeten worden gezocht. Voorts wordt geconstateerd dat de effecten waarschijnlijk afhankelijk zijn van de mix van bewoners. Ze moeten kwetsbaarder zijn dan gemiddeld, maar niet te kwetsbaar, want dan wordt de beoogde samenredzaamheid een eerder een last dan een lust. Enige instroomsturing is dus noodzakelijk. Ook is in de praktijk gebleken dat enige begeleiding/coaching van buitenaf door de bewoners op prijs wordt gesteld. Om optimaal te kunnen functioneren vraagt het Thuishuis dus om coördinatie. De kosten daarvan vallen vermoedelijk veel lager uit dan de baten.

In dit onderzoek is een basisscenario berekend met twee varianten. Het basisscenario schetst het theoretische ideaal: de gezondheidseffecten die experts verwachten worden bewaarheid, omdat het huis wordt bewoond door de juiste mix van kwetsbare ouderen. Om dat te bereiken is, zo veronderstellen we, instroomcoördinatie en begeleiding/coaching nodig van ongeveer een halve dag per week. De BK-ratio komt dan uit op 2,75. In de twee varianten is de coördinatie veel minder. In variant 1 is helemaal geen coördinatie, waardoor het huis wordt bewoond door 6 doorsnee 65-plussers. In die variant functioneert het Thuishuis kostenneutraal als 25% van de gezondheidseffecten optreden. In variant 2 blijft de coördinatie beperkt tot 1 uur per week en wordt 50% van gezondheidseffecten geïncasseerd, omdat de samenstelling van de bewoners niet het optimum bereikt van het basisscenario. De BK-ratio komt dan uit op 1,75. Alles overziend concluderen we dat – als de inschattingen van experts bewaarheid worden – de maatschappelijk baten van het Thuishuis de kosten overtreffen. In de praktijk is een BK-ratio van ongeveer 2 denkbaar.

In vergrijzend Nederland waar het beleid erop is gericht ouderen zolang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen – met onvermijdelijk een toename van vereenzaamde en kwetsbare ouderen tot gevolg - kan het woonconcept Thuishuis een waardevol alternatief zijn. Het tegengaan van vereenzaming door mensen fysiek de mogelijkheid te bieden bij elkaar te wonen kan nauwelijks eenvoudiger en doeltreffender worden vormgegeven.

Mogelijke vervolgstappen

Op het methodische vlak geven we de volgende punten mee voor toekomstig onderzoek. Ten eerste zijn de gezondheidseffecten ingeschat op grond van expert

opinion. We bevelen aan die inschattingen aan een nader onderzoek te onderwerpen, zodat meer zekerheid over de effecten wordt verkregen. Op de korte termijn zou dat kunnen door simpelweg méér experts te raadplegen. Op de lange termijn zou men kunnen overwegen de effecten van de bestaande Thuishuizen op hun bewoners feitelijk te onderbouwen. Bijvoorbeeld door hun werkelijk uitgeoefende zorgvraag te vergelijken met die van vergelijkbare ouderen in andere huisvesting. Dat vergt een inspanning op het gebied van dataverzameling, maar onmogelijk is het niet.

Ten tweede blijven welzijnseffecten buiten beschouwing. Bewoners van het Thuishuis voelen zich veiliger en minder eenzaam. Dergelijke effecten hebben een waarde die op dit moment nog niet op een algemeen aanvaarde wijze in zorg-MKBA's tot uitdrukking komt (zie Pomp et al, 2014). Wetenschappelijk onderzoek is daar wel naar gedaan. Het werk van B.M.S. van Praag (zie bijlage 2) zou een startpunt kunnen zijn om welzijnseffecten mee te laten wegen in MKBA's als de voorliggende.

1 Inleiding

1.1 Langer zelfstandig wonen

Het kabinetsbeleid is er op gericht om ouderen langer zelfstandig te laten wonen. Als ouderen gezond blijven, kunnen zij zelfstandig blijven wonen met relatief weinig zorg. Als ouderen gezondheidsklachten krijgen, kunnen aangepaste woningen of extra zorg nodig zijn. De overheid stimuleert goede voorzieningen, zoals woningaanpassingen, opdat mensen zo lang mogelijk zelfredzaam blijven en kunnen deelnemen aan de maatschappij.

Die zelfredzaamheid is een leidend principe. Afhankelijk van de behoefte van een oudere of ouder huishouden kan maatwerk worden geleverd op het gebied van zorg en ondersteuning. Momenteel zijn gemeenten verantwoordelijk om in te schatten wat ouderen zelf kunnen en waarbij gezin, familie, vrienden of buren kunnen helpen.

Als ouderen fysiek kwetsbaar worden en minder zelf kunnen wordt het sociale netwerk dus belangrijker terwijl het tegelijkertijd lastiger wordt om sociale netwerken te onderhouden. Bijvoorbeeld omdat mensen door fysieke malheur minder mobiel zijn. Ouderen die fysiek èn sociaal kwetsbaar zijn (alleenstaanden of mensen met psychische problemen) dreigen dus sneller de regie over hun leven en zelfredzaamheid te verliezen. Om die vicieuze cirkel te doorbreken heeft de Stichting Thuis in Welzijn het concept *Thuishuis* geïntroduceerd. Een Thuishuis is een woonvorm voor mensen die sociaal kwetsbaar en/of psychisch kwetsbaar zijn. Het biedt een sociaal netwerk in een huiselijke situatie om eenzaamheid te voorkomen.

1.2 Thuishuis en Thuisbezoek

In 2012 is in Deurne het eerste Thuishuisproject van start gegaan. Een tweede Thuishuis is onlangs in Amstelveen geopend. Plannen zijn er voor Thuishuizen in Woerden, Nijmegen en Harderwijk.

Concreet is een *Thuishuis* een kleinschalig woonconcept (5 - 7 bewoners) voor alleenstaande ouderen die dreigen te vereenzamen of niet alleen willen wonen en er daarom voor kiezen om samen achter één voordeur te gaan wonen. Alle bewoners – mannen en vrouwen – hebben elk hun eigen woonruimte (ca 40m^2) die bestaat uit een woonkamer met pantry, een slaapkamer en een badkamer met toilet. Verder delen zij een gezamenlijke woonkamer alsmede keuken, hobbyruimte, logeerkamer en bij voorkeur een tuin; waarmee de totale ervaren leefruimte op circa 80m^2 kan komen. Het wordt ook wel het ‘studentenhuis voor ouderen’ genoemd. Het zijn huurwoningen en de huur bedraagt ongeveer € 550 per maand. De ligging is bij voorkeur in de nabijheid van winkels, openbaar vervoer, parkeren en een gezondheidscentrum.

Thuisbezoek completeert het concept. Thuisbezoek houdt in dat de vrijwilligers verbonden aan de organisatie van het Thuishuis kwetsbare alleenstaande ouderen in de wijk waar het Thuishuis staat, bezoeken met als doel om het netwerk van deze ouderen weer te revitaliseren, zo mogelijk uit te breiden, opdat sociaal isolement wordt voorkomen.

Thuisbezoek is vergelijkbaar met andere initiatieven van eenzaamheidsbestrijding. Met het verschil dat Thuisbezoek ook kan worden ingezet om de aanwezigheid van het Thuishuis in de wijk onder de aandacht van de doelgroep te brengen en te houden, mocht blijken dat het sociaal isolement niet kan worden doorbroken.

De doelgroep wordt gevormd door alleenstaande ouderen uit de buurt waar het Thuishuis wordt gerealiseerd, die onvoldoende zelf in staat zijn om emotioneel, organisatorisch en financieel (dreigende) eenzaamheid te doorbreken of hun sociale netwerken te ontwikkelen. Eenzaamheid tegen gaan is het kernbegrip. De doelgroep wordt daarom mede gebaseerd op factoren die het risico op eenzaamheid vergroten:

- Leeftijd van 60+ (het sociale netwerk van ouderen is kleiner);
- Gezinssituatie: alleenstaand (spreekt voor zich);
- Inkomen: minder kapitaalkrachtigen met een beneden modaal inkomen;
- Fysieke beperkingen (die op de mobiliteit van invloed zijn)

1.3 Wegnemen belemmeringen

Het Thuishuis concept lijkt goed te passen binnen het kabinetsbeleid om ouderen langer zelfstandig te laten wonen. Het is een woonvorm voor kwetsbare alleen-staande ouderen die, door samen zelfstandig te wonen, formele zorg (wmo-zorg of zorgverzekeringswet) mogelijk kunnen uitstellen, reduceren of afstellen.

Bij projecten van sociaal ondernemers als Thuis in Welzijn en andere vergelijkbare initiatieven is vaak sprake van ‘split incentives’. Dit betekent dat de investeringen en kosten worden gedragen door andere partijen dan de partijen die de opbrengsten of baten genieten. Als die baten niet expliciet aan het initiatief kunnen worden gelinkt dan kan een dat tot gevolg hebben dat een in potentie maatschappelijk rendabel project niet van de grond komt.

Het is daarom raadzaam om inzicht te krijgen in welke partijen kosten maken, welke partijen opbrengsten genieten en wat de aard en omvang is van het maatschappelijke rendement en welke (alternatieve) financieringsconstructies daarop goed aansluiten. Daar hebben sociaal ondernemers wat aan want het gebrek aan interesse bij investeerders is de meest genoemde belemmering bij het opzetten van nieuwe woon-(zorg)arrangementen.

Het kabinet onderkent die behoefte en laat daarom nagaan “op welke wijze innovatieve financieringsarrangementen ertoe kunnen bijdragen dat sociale ondernemers hun lokale initiatieven op een rendabele manier van de grond kunnen krijgen en deze kennis verspreiden.” (BZK, Transitieagenda Langer zelfstandig wonen, 4 juni 2014)

Het Thuishuis is een dergelijk lokaal initiatief dat die steun kan gebruiken. Immers, er zijn twee Thuishuizen gerealiseerd maar in andere gemeenten komt het Thuishuis door financieringsproblemen moeilijk van de grond.

Deze financieringsproblematiek is reden voor het Ministerie van BZK voor het laten uitvoeren van een maatschappelijk effect & maatschappelijke kosten-batenanalyse van het Thuishuis om inzicht te krijgen in de maatschappelijke kosten en baten waardoor het gemakkelijker wordt potentiële investeerders te overtuigen om te investeren in het Thuishuis. Tevens kan het onderzoek dienen als voorbeeld voor

andere maatschappelijke initiatieven in het veld hoe de maatschappelijke kosten en baten van projecten op het snijvlak van wonen, zorg en welzijn in beeld kunnen worden gebracht.

1.4 Doel en onderzoeksvragen effectanalyse Thuishuis

Bij de start van het Thuishuisproject in Deurne is al een ex-ante effectenanalyse uitgevoerd in opdracht van de Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV, opgegaan in Platform31). Hieruit bleek dat er een maatschappelijk rendement kon worden verwacht. Het SEV-onderzoek heeft bij het ontbreken van ex-durante gegevens gebruik gemaakt van inschattingen van experts. Nu, meer dan twee jaar later, zijn hardere gegevens beschikbaar. Deze gegevens willen het ministerie van BZK en de Stichting Thuis in Welzijn, benutten voor het nieuw onderzoek naar het maatschappelijk rendement (de kosten en de baten) van het concept Thuishuis met als specifiek doel:

Een beeld te schetsen welke partijen kosten dragen en welke partijen (bewoners, gemeente in kader van de WMO, zorgverzekeraar of anderen) baten genieten. Dit dient -zoveel mogelijk - kwantitatief in kaart te worden gebracht. Het creëren van meer inzicht hierin moet bevorderen dat de bereidheid van partijen die voordelen dragen ook wordt vergroot om ook aan de voorkant op enigerlei wijze te participeren of investeren in dit soort initiatieven

De effectanalyse is dus bedoeld om inzichtelijk te maken wat de meerwaarde is van het Thuishuis concept voor de samenleving én om het institutionele draagvlak voor het concept te vergroten. Het inzicht in de (verdeling van) kosten en de baten moet bij partijen die voordelen genieten de bereidheid vergroten om aan de voorkant te participeren en zo dit soort initiatieven mogelijk te maken.

Voor de analyse zijn de volgende onderzoeksvragen relevant:

- Tot welk maatschappelijke effecten leidt de investering in het Thuishuis voor alleenstaande ouderen en andere partijen?
- Is een indicatie te geven van de omvang en het belang van deze effecten voor genoemde partijen?

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 lichten we de MKBA toe en gaan we in op onze werkwijze. Hoofdstuk 3 geeft de probleemanalyse, hoofdstuk 4 introduceert het project en nulalternatief en in hoofdstuk 5 komen de effecten aan bod. De uitkomsten van de effectanalyse zijn terug te vinden in hoofdstuk 6 en in hoofdstuk 7 een nabeschouwing.

2 Aanpak en werkwijze effectanalyse

RIGO heeft ervoor gekozen om een Maatschappelijk Kosten en Baten Analyse (MKBA) voor het Thuishuis concept op te stellen. De MKBA is een beproefd instrument dat inzicht verschaft in de effectiviteit en legitimiteit van investeringen. Aanvankelijk werd de MKBA vooral gebruikt in de infrastructurele en ruimtelijk economische sector. Inmiddels wordt de MKBA ook regelmatig ingezet om effecten zichtbaar te maken op het terrein van wonen, welzijn en zorg.

In dit hoofdstuk lichten we de MKBA aanpak toe. Ter ondersteuning van bepaalde stappen binnen de aanpak zoals het bepalen van de werking van de interventie ‘Thuishuis, het definiëren van het project- en nul-alternatief en het in kaart brengen van de effecten heeft RIGO voor deze MKBA de bewoners van het Thuishuis geïnterviewd en een expertmeeting georganiseerd.

2.1 MKBA: wegen baten op tegen de kosten?

In Nederland vindt het gebruik van de maatschappelijke kosten baten analyse (MKBA) zijn oorsprong in de infrastructurele sector. Eind jaren negentig vonden meerdere grote projecten plaats (o.a. de Betuweroute en HSL) waarbij de vraag naar boven kwam wat deze projecten ons land nou eigenlijk opleverden. Om bij de besluiten over dit soort projecten rekening te kunnen houden met hun waarde voor de maatschappij als geheel is de MKBA bij uitstek geschikt. Om de MKBA’s in de praktijk enigszins uniform te maken werd een leidraad opgesteld (de zogenaamde OEI-leidraad: Overzicht Effecten Infrastructuur).

Inmiddels is de MKBA uitgegroeid tot een instrument dat niet alleen gebruikt wordt in de infrastructurele sector. Ook in het sociale domein worden regelmatig MKBA’s uitgevoerd. Omdat de oorspronkelijk opgestelde leidraad hoofdzakelijk gericht was op infrastructurele projecten ontstond hierdoor ook behoefte aan een meer algemene leidraad. Dit heeft geleid tot een nieuwe leidraad, opgesteld door het Centraal Planbureau en het Planbureau voor de Leefomgeving[1]. Daarin ligt het accent op de toepasbaarheid in een breed veld van beleidsterreinen.

De hoofdvraag die een MKBA beantwoordt is of de baten voor de maatschappij opwegen tegen de kosten die gepaard gaan met de investering. Belangrijk hierbij is het feit dat gekeken wordt naar de gehele maatschappij. Centraal staat de welvaart van de maatschappij als geheel. Een belangrijke bijvangst is daarnaast dat de MKBA inzicht geeft in wie de vruchten plukt en wie de kosten draagt van de investering.

Naast de afweging van kosten en baten heeft de gedachtegang van de MKBA ook andere waarden. Zo wordt bij het opzetten van de analyse bijvoorbeeld gekeken naar de effecten die een investering teweegbrengt en worden onderbuikgevoelens op die manier tegen het licht gehouden. Ook kan de MKBA worden gebruikt voor het optimaliseren van de investering door meer accent te leggen op de effecten die maatschappelijk gezien de grootste waarde hebben.

[1] Romijn en Renes (2013), Algemene leidraad voor maatschappelijke kosten-batenanalyse

Bij het opstellen van een MKBA wordt een achttal vaste stappen doorlopen. Men begint met een analyse van het probleem. Het idee hierbij is om de doelstelling van de aanpak / het project in kaart te brengen. Deze doelstellingen worden verwerkt in een ‘projectalternatief’ (waarin het hoe en wat van de aanpak wordt uitgewerkt) en een zogenaamd ‘nul-alternatief’, waarin de wereld wordt beschreven in het geval de aanpak niet wordt uitgevoerd. Het uiteindelijke doel is om het projectalternatief af te zetten tegen het nul-alternatief. Belangrijk bij het definiëren van het nul-alternatief is dat rekening wordt gehouden met de autonome ontwikkeling; de wereld staat niet stil en om het maatschappelijke effect van de maatregel / het project zuiver te beschouwen moet deze veranderende wereld tot uiting komen in het nul-alternatief. Figuur 1 vat de 8 stappen in de MKBA schematisch samen.

Figuur 1 De 8 stappen van de MKBA

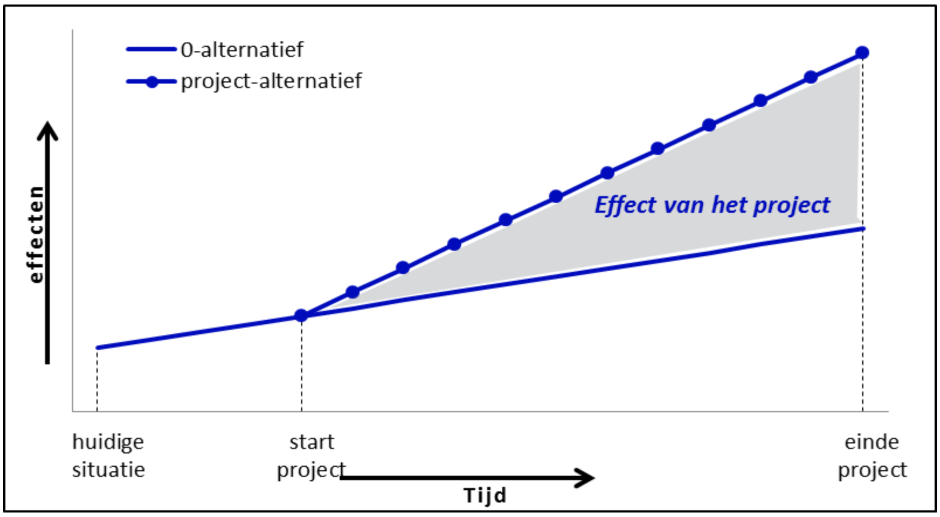


2.2 De stappen uitgewerkt

Stap 1 is de probleemanalyse. Daarbij worden de doelstellingen van de interventie waarvoor de MKBA wordt uitgevoerd in kaart gebracht. Deze doelstellingen worden verwerkt in een projectalternatief (waarin de werking van de interventie wordt beschreven) en een nul-alternatief (waar de wereld wordt beschreven in het geval dat de interventie niet wordt uitgevoerd), de *stappen 2 en 3*.

Het uiteindelijke doel is om het projectalternatief af te zetten tegen een nul-alternatief (zie Figuur 2). In het geval van Thuishuis is dat de situatie van de bewoner als deze niet in een Thuishuis zou wonen. Bij het definiëren van het nul-alternatief dient rekening gehouden te worden met de autonome ontwikkeling; de wereld staat niet stil en om het maatschappelijke effect van de aanpak zuiver te beschouwen moet deze veranderende wereld beschreven worden in het nul-alternatief.

Figuur 2 Project- versus nul alternatief



Wanneer de verschillende alternatieven voor de MBKA zijn vastgesteld, kan gekeken worden naar de effecten waarvan verwacht wordt dat zij optreden als gevolg van de aanpak (*stap 4*). Hiervoor kan worden gewerkt met effectenschema's, waarbij de input (de aanpak) gelinkt wordt aan output (daadwerkelijke resultaat) en outcome (de maatschappelijke waarde van het resultaat).

Het berekenen van de effecten (*stap 5*) vereist over het algemeen de grootste inspanning. Hierbij gaat het zowel om het meten van de baten als het verzamelen van informatie over de kosten van de aanpak.

Binnen de MKBA wordt geprobeerd om alle effecten in euro's uit te drukken zodat alle effecten onderling vergelijkbaar zijn (*stap 6*, monetariseren). Hierbij wordt veelal gebruik gemaakt van kengetallen. Wanneer geen kengetal voorhanden is, wordt op basis van aannames en verschillende waarderingsmethoden geprobeerd om een welvaartseffect te berekenen.

Wanneer alle kosten en baten zijn verzameld worden deze gepresenteerd in een overzichtelijke eindtabel met de effecten: de kosten en de baten (*stap 7*). Nadat deze tabel is opgesteld worden nog twee extra analyses uitgevoerd (*stap 8*): een stakeholdersanalyse en een gevoeligheidsanalyse. De eerste dient om inzichtelijk te maken bij wie de kosten en baten terecht komen. In de gevoeligheidsanalyse worden de verschillende aannames in de MKBA getest met de vraag in welke mate deze het eindresultaat beïnvloeden.

2.3 Uitvoering MKBA in zorg en preventie van zorg

De wijze waarop MKBA's voor de Rijksoverheid dienen te worden uitgevoerd is in Nederland als een kabinetsbesluit voorgeschreven. In een brief van de minister van Financiën aan Tweede Kamer is dit als volgt verwoord:

'Als de Rijksoverheid (mede-)opdracht geeft tot het uitvoeren van een MKBA, dan moet deze daarom vanaf nu voldoen aan de leidraad, ongeacht het beleidsterrein. Dit

betekent dat een MKBA alleen zo genoemd mag worden als aan de algemene principes en uitgangspunten is voldaan.'

De uitwerking van deze algemene uitgangspunten naar de specifieke beleidsterreinen van de verschillende ministeries zou volgens het kabinet moeten gebeuren in een aantal werkwijzers.

Een eerste aanzet voor werkwijzer op het gebied zorg en preventie van zorg is van Pomp et al.[2] In de effectanalyse van het Thuishuis sluiten wij aan bij de richtlijnen die hierin zijn uitgezet. Deze richtlijnen zijn overigens niet altijd in overeenstemming met de Handleiding voor kostenonderzoek van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ, 2010).[3]

2.4 Uitgangspunten en werkwijze

2.4.1 Directe maatschappelijke meerwaarde

Het woonconcept Thuishuis is op dit moment op kleine schaal in het land operationeel. De maatschappelijke meerwaarde leiden we af van de effecten voor bewoners en andere betrokken partijen (te denken valt aan de gemeente, het rijk, corporaties zorgverzekeraars, omwonenden, mantelzorgers, vrijwilligers) als één Thuishuis zijn deuren opent en niet wat het betekent als we in Nederland alle geclusterde woonvormen zouden organiseren als Thuishuis.

De keuze van tijdsperspectief voor de MKBA is lastig. Er zijn namelijk opstartkosten, die moeten worden afgeschreven over de (moeilijk in te schatten) levensduur van het concept. Bovendien zijn er opbrengsten die op termijn worden geïncasseerd, zoals uitstel van intensieve zorg in de laatste levensfase. We kiezen voor het perspectief van één jaar, waarbij opstartkosten worden afgeschreven en eventuele persoonsgebonden toekomstige baten buiten het Thuishuis worden omgeslagen naar de verblijfsduur in het huis. Het gaat om een willekeurig jaar in het bestaan van een Thuishuis.

2.4.2 Interviews met bewoners

De toetsing van de probleemanalyse en bepalen waarom en in welke mate effecten optreden, gebeurt onder andere op basis van de inbreng van de bewoners zelf. Zowel in het Thuishuis in Deurne als in Amstelveen, zijn zes van de zeven bewoners geïnterviewd.

De bewoners zelf zijn een belangrijke bron voor het toetsen van de effecten in het Thuishuis en of die leiden tot de volgens de theorie noodzakelijke afname van de kwetsbaarheid en de uiteindelijke geclaimde effecten.

[2] Pomp, M. , C.G. Schoemaker, J.J. Polder (2014), Op weg naar maatschappelijke kosten-batenanalyses voor preventie en zorg, Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014, RIVM-rapportnummer 010003003/2014

[3] CVZ (2010), Handleiding voor kostenonderzoek, geactualiseerde versie 2010, College voor Zorgverzekeringen, Diemen

Meer concreet hebben we in de bewonersinterviews gefocust op:

- Wat is het verschil met de woonsituatie voor men in het Thuishuis woonde en heeft de verhuizing naar het Thuishuis effect gehad op de fysieke, psychische en sociale kwetsbaarheid? Vervolgens is de vraag of dat weer effect heeft gehad op de zorgvraag (waaronder aanpassingen en thuiszorg dan wel een indicatie voor een intramurale instelling).
- Zijn de bewoners op hun plek. Dat wil zeggen; wordt met hen het maximale rendement gehaald uit het Thuishuis. Of waren ze in de uitgangssituatie ook niet eenzaam geweest? Of slaat het bij hun niet aan? Of zijn ze niet eenzaam, maar zijn ze nodig om het concept tot een succes te maken?

2.4.3 Workshop met professionals

In een bijeenkomst met de professionele partijen zijn de geformuleerde aannames voor de berekeningen getoetst. De 8 deelnemers, allen werkzaam bij één van de verschillende partijen die bij één of meerdere Thuishuizen betrokken zijn, brachten daarbij hun kennis in. Doel was het vaststellen van het nul- en projectalternatief en de mee te nemen effecten.

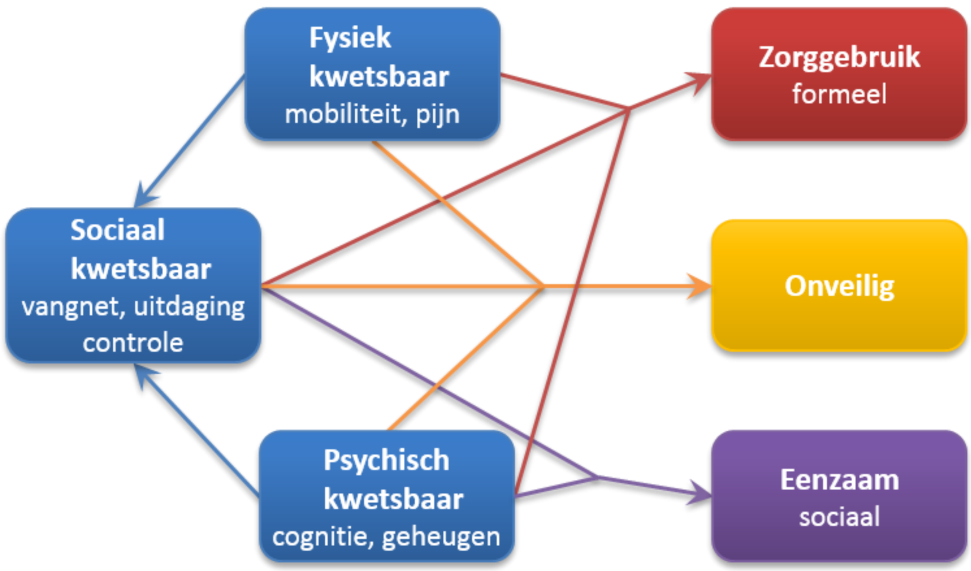
3 Effecten Thuishuis: theorie en praktijk

3.1 Kwetsbaarheid

Het samenwonen van kwetsbare ouderen is waar het om draait in het Thuishuis. Samenwonen om sociaal isolement en eenzaamheid te bestrijden zonder enige extra investering in eenzaamheidsbestrijding (van vrijwilligers of zorgprofessionals), inzet van vrijwilligers of (een groot beroep op) mantelzorgers. Met andere woorden, samenwonen is:

- een 'medicijn' tegen eenzaamheid; en
- maakt samenredzaam, d.w.z. maakt het opvangen van elkaars fysieke beperkingen mogelijk waardoor individuen binnen een groep langer zelfstandig kunnen wonen.

Figuur 3 Mogelijke gevolgen van sociale kwetsbaarheid



Bron: SCP; Interpretatie en bewerking: RIGO

Wat een Thuishuis doet, is het organiseren van een sociaal netwerk voor mensen die sociaal kwetsbaar zijn. Het SCP rapport 'Kwetsbare ouderen'[4] biedt inzicht in de relaties tussen sociale kwetsbaarheid, gezondheid en gevoelens van eenzaamheid op basis van een uitgebreide literatuurstudie. Het SCP rapport stelt dat een goed functionerend sociaal netwerk van gezin, familie, vrienden, buren, (oud-)collega's zelfstandigheid bevordert. De SCP onderzoekers parafraserend: 'je bent zo zelfstandig als het netwerk het toelaat'. Een schematische weergave van die relaties is weergegeven in Figuur 3.

[4] Kwetsbare ouderen, Cretien van Campen (red), Sociaal Cultureel Planbureau, Den Haag, 2011

Maar er zit een adder onder het gras. Want het sociale netwerk komt onder druk te staan als mensen fysiek en/of psychisch kwetsbaar worden. Ze kunnen hun sociale netwerk dan niet meer zo goed onderhouden en worden afhankelijk van de inspanningen van anderen. Hiernaast houden mensen ontwikkelingen niet meer bij, het leven gaat te snel en daardoor kan men vervreemden van het netwerk. Fysieke problemen leiden niet direct tot eenzaamheid, maar dat kan indirect het geval zijn als het sociale netwerk er onder lijdt.

Geconstateerd wordt dat een combinatie van sociale en fysische kwetsbaarheid leidt tot meer formeel zorggebruik. Het werkt ook andersom: ingebed in een goed netwerk gaat het herstel vaak sneller.

Psychische kwetsbaarheid kan leiden tot angst en stemmingswisselingen en de daarmee samenhangende toegenomen zorgvraag (ook omdat mensen zichzelf vaker verwaarlozen als ze somber zijn). Een zorgvraag die ook als substitutie voor sociaal contact wordt ingezet. In combinatie met sociale kwetsbaarheid leidt psychische kwetsbaarheid sneller tot eenzaamheid, somberheid en een gevoel van verlatenheid.

Alle vormen van kwetsbaarheid zorgen dat ouderen zich onmachtig en onveilig voelen. Dat is niet alleen ‘bang om open te doen’ maar ‘bang om alleen te zijn of er alleen voor te staan als er wat gebeurt’.

Door een ‘direct’ beschikbaar sociaal netwerk te organiseren lijkt het Thuishuis inderdaad van invloed te kunnen zijn op gezondheid (ziekte en herstel, zorggebruik) en welzijn (onveiligheid en eenzaamheid). Samenwonenden kunnen elkaar fysiek steunen, helpen in een veranderende maatschappij, elkaar begrijpen als lotgenoot maar ook aanspreken op gedrag en leefstijl.

Het is voor de effectiviteit van het Thuishuis daarom van belang dat bewoners een goede mix vormen. Aan de ene kant bewoners die steun kunnen verlenen, zonder dat het hun eigen vermogen te boven gaat of ondermijnt. Aan de andere kant bewoners die kwetsbaar zijn en geen alternatief hebben voor steun. Waarbij in het meest ideale geval de bewoners in elkaars behoefte aan steun kunnen voorzien. Dat het Thuishuis altijd aan de optimale mix van bewoners onderdak biedt is echter niet vanzelfsprekend.

3.2 Draagkracht en draaglast

Hetzelfde SCP rapport introduceert ook de termen draagkracht en draaglast. Het komt er op neer dat men veel te verduren kan krijgen maar als daar zelfstandig (ook al is dat met hulp van anderen) mee om wordt gegaan, toenemende kwetsbaarheid geen probleem hoeft te zijn.

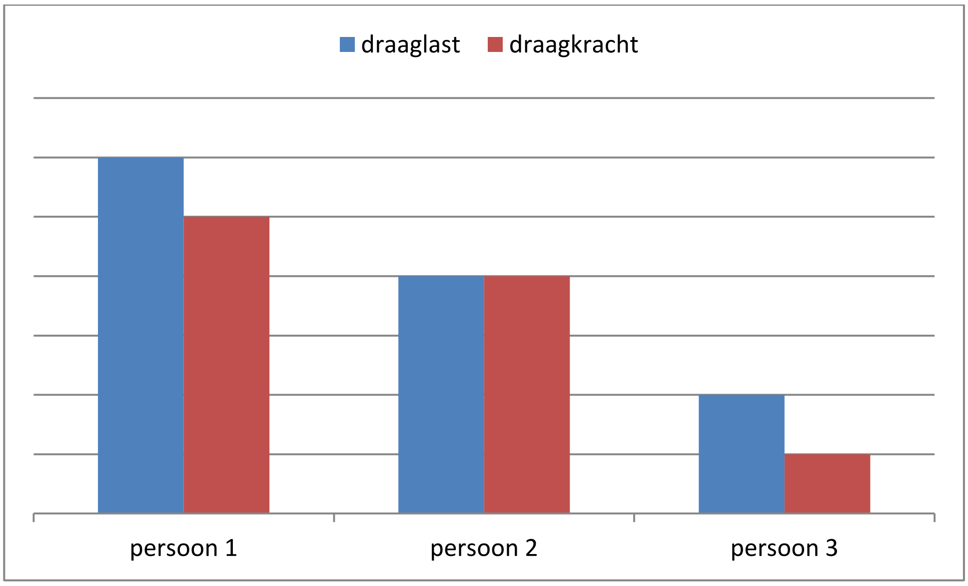
In Figuur 4 zien we dat persoon 3 minder ‘lasten heeft te dragen’ dan persoon 2 maar daar toch niet mee om kan gaan. Persoon 3 kan meer baat hebben bij een Thuishuis dan persoon 2 en evenveel als persoon 1. Draagkracht is geen vast gegeven. Het kan toenemen en afnemen en afhankelijk van de levensloop anders uitpakken.

Mensen zonder kinderen kunnen vaak beter omgaan met het gemis aan steun uit die hoek dan mensen met kinderen met wie ze geen contact hebben. Iemand die al heel lang alleen is, is vaak zelfstandiger dan iemand die net een partner heeft verloren.

Het kunnen accepteren van verlies van vaardigheden en aanpassingsvermogen is ook niet iedereen gegeven.

Ook de draaglast kan verschillen. Waarbij vooral van belang is dat mensen met een lagere sociaal economische status sneller dan anderen fysiek kwetsbaar worden. Een Thuishuis zal in veel gevallen de last niet kunnen verminderen (last veroorzaakt door leefstijlkeuzes of zware fysieke belasting in het verleden of een chronische ziekte) maar kan wel de draagkracht vergroten.

Figuur 4 Een schematische weergave van de relatie draaglast en draagkracht



Bron: SCP; Interpretatie en bewerking: RIGO

3.3 Kwetsbaarheid in het Thuishuis

Het maakt dus uit wie er in het Thuishuis woont, wil het rendement hebben. We kijken dan in eerste instantie naar de verdeling mannen en vrouwen en naar de leeftijd. Dat bepaalt voor een groot deel de zorgkosten. Per huis is de verhouding vrouwen staat tot mannen ongeveer 2 staat tot 1. De gemiddelde leeftijd bij instroom bleek 76 met een spreiding van 61 tot en met 84 jaar oud. De gemiddelde leeftijd in Deurne is inmiddels 79. In Amstelveen ligt de gemiddelde leeftijd op 73. In Amstelveen zijn de mannen ouder en in Deurne de vrouwen. Volgens de al eerder genoemde SCP rapportage zijn mensen met een lager inkomen of lagere sociaal economische status 'eerder' kwetsbaar (en komen eerder te overlijden). Ze zijn als het ware gemiddeld iets ouder dan hun werkelijke leeftijd.

Tijdens de bewonersinterviews hebben we ook de geprobeerd de kwetsbaarheid in beeld te brengen aan de hand van de *Tilburg Frailty Indicator* (TFI). De TFI is een valide en betrouwbaar meetinstrument om te bepalen of ouderen kwetsbaar zijn en

in welke mate (Gobbens, 2012)[5]. De vragenlijst houdt rekening met drie te onderscheiden vormen van kwetsbaarheid; fysieke, psychische en sociale kwetsbaarheid. De totaalscore voor kwetsbaarheid wordt bepaald door de scores per vraag op te tellen(0= niet kwetsbaar, 1 = kwetsbaar). De maximale score is vijftien en geeft het hoogste niveau van kwetsbaarheid weer. Op basis van bestaand onderzoek is bepaald dat ouderen kwetsbaar zijn bij een score van ten minste vijf.

Tabel 1 Mate van kwetsbaarheid bewoners Thuishuis (TFI)

Tilburg Frailty Index (TFI)	Deurne	Amstelveen
Fysiek kwetsbaarheid		
lichamelijk actief	1	2
afgevallen	1	1
slecht lopen	4	3
evenwicht	3	1
horen	4	3
zien	1	1
weinig kracht	1	2
moeheid	3	3
Psychische kwetsbaarheid		
geheugen	2	2
somber	1	3
nerveus of angstig	3	1
omgaan met problemen	2	1
Sociale kwetsbaarheid		
alleen wonen	0	0
mensen om u heen	4	4
onvoldoende steun	0	1
Gemiddeld	**5,0**	**4,7**

Bron: interviews met bewoners

Tijdens de interviews met de bewoners van het Thuishuis is de TFI vragenlijst bij de bewoners afgenomen. Te zien is dat beide Thuishuizen zowel kwetsbare als niet kwetsbare mensen huisvesten. Die verhouding kwetsbaar/niet kwetsbaar is enerzijds nodig voor de samenredzaamheid (die met alleen kwetsbare personen minder groot zou zijn) en anderzijds beperkt het enigszins het maximale effect. Echter gemiddeld komt de TFI score uit op 5; de drempel van kwetsbaarheid. Het verschil in kwetsbaarheid tussen de bewoners in Amstelveen is daarbij groter (waar één bewoner zelfs een score van nul heeft) dan het verschil tussen de bewoners in Deurne.

Daarnaast is er een behoorlijke spreiding van kenmerken waarin men kwetsbaar is. Waar de ene bewoner vooral fysiek kwetsbaar is, blijkt de andere bewoner vooral psychisch kwetsbaar te zijn. Ook dat is een verhouding die de samenredzaamheid in een Thuishuis ten goede kan komen. Voor beide huizen geldt dat gemiddeld genomen de bewoners het vaakst fysiek kwetsbaar zijn. Zowel de mate van kwetsbaarheid als

5 Gobbens, R. (2012). De Tilburg Frailty Indicator. Een gebruiksvriendelijk meetinstrument om kwetsbare ouderen op te sporen. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek, 22* (3), 91.

de vorm van kwetsbaarheid is van belang in het verkrijgen van de juiste combinatie van bewoners om zo de effecten van het Thuishuis te maximaliseren.

De uitkomsten in Tabel 1 betreffen de kwetsbaarheid op het moment van interviewen en kan daarmee gezien worden als een nulmeting, die op zichzelf niets zegt over het beloop van de mate van kwetsbaarheid van de bewoners of het effect van het Thuishuis op de kwetsbaarheid van de bewoners (op het criterium 'alleen wonen' na, want daarop heeft het Thuishuis direct effect). Wel is tijdens de interviews aan de bewoners gevraagd naar de mate van kwetsbaarheid alvorens de bewoner naar het Thuishuis verhuisde en de rol van kwetsbaarheid bij de keuze voor het Thuishuis.

De interviews met de bewoners

Uit de interviews blijkt dat de meeste bewoners zich wel in zekere mate fysiek kwetsbaar voelen maar dat de fysieke kwetsbaarheid slechts een beperkte rol heeft gespeeld in de keuze voor het Thuishuis. Sommige bewoners hebben hun partner verloren en anderen hebben een slechte gezondheid, meestal fysiek maar in enkele gevallen ook geheugen- of cognitieproblemen. Soms komt beide voor. In Deurne hebben de meeste bewoners nog een behoorlijk netwerk buiten het huis. Er wordt (wellicht daardoor) weinig gezamenlijk ondernomen. Dat in tegenstelling tot het Thuishuis in Amstelveen waar ook nog gezamenlijk wordt gegeten.

Psychische en sociale kwetsbaarheid lijken een belangrijkere rol te spelen in de keuze voor het Thuishuis. Als reden om niet meer 'alleen zelfstandig' te wonen wordt het vaakst het onveiligheidsgevoel genoemd, zoals de angst om in huis ten val te komen en niet snel gevonden te worden. Daarnaast benoemen de bewoners de negatieve ervaring van thuiskomen in een leeg huis, de afwezigheid van iemand die op je wacht of iemand om je ervaring mee te delen.

De combinatie van niet alleen zijn maar toch zelfstandig spreekt aan. De bewoners voelen zich zelfstandig en thuis. De zelfstandigheid wordt gekoesterd. Het wonen op deze manier geeft een goed gevoel. De meest gedeelde observatie is dat mensen zich veilig voelen in het Thuishuis. Dat is belangrijk voor alle bewoners die zich kwetsbaar voelen. Het is in het Thuishuis niet altijd een en al gezelligheid maar er is, als het nodig is, een luisterend oor en er is altijd wel iemand thuis voor het geval er iets gebeurt. Bewoners kunnen kiezen voor sociale interactie en kunnen dat afwisselen met rust wanneer ze daar behoefte aan hebben.

De bewoners staan voor elkaar klaar. Voor een kop koffie en een praatje of met initiatieven om iets te ondernemen. Ze geven hierbij wel aan dat ze er niet zijn om voor elkaar te zorgen. Voor sommige bewoners zijn de verplichtingen die samengaan met samenwonen al belastend genoeg. Het wordt ook als minder prettig ervaren als een medebewoner te hulpbehoevend zou worden. Dat vermindert de kracht van het Thuishuis.

Uit de gesprekken met de bewoners blijkt dat samenwonen niet vanzelf gaat. De verschillen in opleiding, herkomst (stad of platteland) en leeftijd en daarmee samenhangende kwetsbaarheid worden als oorzaak gezien. Ondanks de gekoesterde zelfstandigheid wordt daarom de aanwezigheid van een coördinator als een 'samenleef coach' enorm gewaardeerd. De coördinator in Deurne, die er in het verleden wel was,

wordt door een aantal bewoners gemist. Zij zorgde ervoor dat er meer gezamenlijke activiteiten waren.

Hoewel het grootste deel van de bewoners van het Thuishuis ook nu nog aangeven wel eens mensen om zich heen te missen, lijkt vooral de sociale kwetsbaarheid sterk te verminderen door het wonen in het Thuishuis. Meer dan in Deurne, benoemen de bewoners van het Thuishuis in Amstelveen dat ze zich psychisch minder kwetsbaar zijn gaan voelen sinds ze in het Thuishuis wonen.

De belangrijkste les uit de gesprekken met de bewoners is dat ze zich veilig voelen en dat er aanspraak is op momenten dat het nodig is. Ze vinden dat fijn, het maakt ze minder kwetsbaar en ze voelen zich zelfstandig. Dat is allemaal welzijnswinst voor de bewoners.

3.4 De effecten van het Thuishuis

De effecten van het Thuishuis beginnen bij 'samenwonen'. In het Thuishuis wonen ouderen meer samen dan in normale complexen met seniorenwoningen. Dat vloeit in wezen voort uit de opzet van het concept en de kleine schaal. Het idee van samenwonen, zoals studenten in een studentenhuis, geeft de bewoners een sociale omgeving waarin ze wat kunnen betekenen voor elkaar. Het mes snijdt daarbij aan twee kanten: vereenzaming wordt tegengegaan en de bewoners kunnen elkaar helpen. Meer uiteengerafeld kunnen we de volgende effecten onderscheiden.

Effect bij toepassing concept (Thuisbezoek en vrijwilligers)
- Lokaal imago en bekendheid bij potentiële doelgroep;

Effect in Thuishuis
- Nieuw sociaal netwerk, sociale activiteiten en uitdaging door sociale interactie;
- Sociale controle (peer pressure) prikkels voor verantwoord leven (eten, slapen, drinken, bewegen, verzorging, medicijngebruik);
- Veiligheidsgevoel (met name gezondheid en bij ziekte).

Cruciaal beoogd effect nodig voor individuele en maatschappelijk effecten
- Afname kwetsbaarheid (psychisch; sociaal; fysiek).

Effecten voor bewoners
- Iedere bewoner: zelfstandig wonen;
- Iedere bewoner: regie over eigen leven (breder dan wonen alleen);
- Eenzame of vereenzamende bewoner: afname (sociale) eenzaamheid

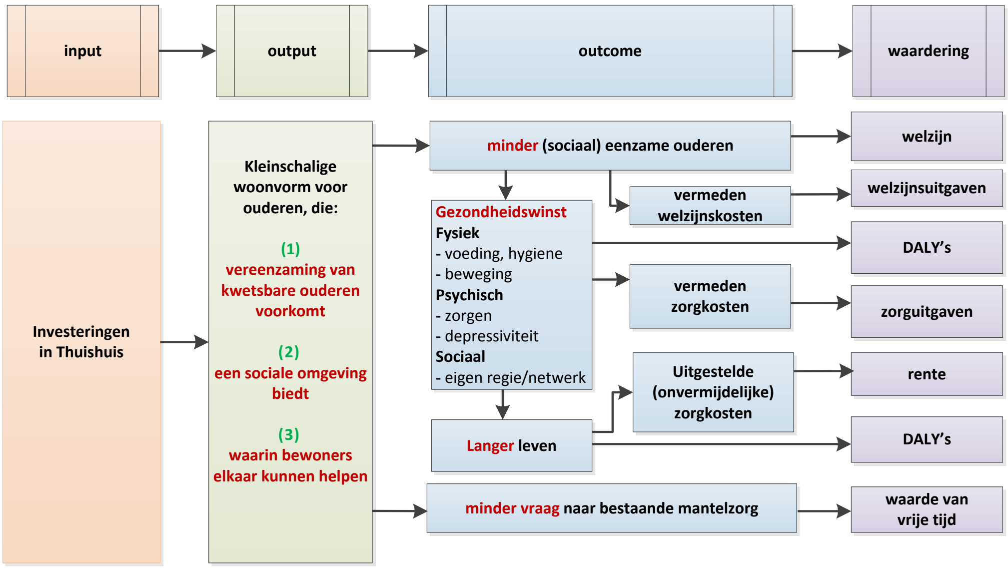
Effecten voor maatschappij
- Toename kwaliteit van leven (bewoners, mantelzorgers);
- Afname zorgvraag (mantelzorg; eerstelijns; formeel);
- Uitstel intramuralisatie.

Pomp et al (2014) maakt geheel in lijn met de algemene leidraad het volgende principiële onderscheid in de baten van een zorg-MKBA: directe en indirecte baten.

De directe baten betreffen de gezondheids- en welzijnswinst. Bij de indirecte baten denken we aan arbeid-gerelateerde zaken (mensen blijven langer productief, minder ziekteverzuim), uitgespaarde zorgkosten (vermeden zorgvraag), gevolgen voor mantelzorgers (kwaliteit van hun leven), en systeembaten (efficiënter zorgstelsel).

Gecombineerd komen we dan uit op de volgende effecten zoals weergegeven in Figuur 5.

Figuur 5 Effectenschema Thuishuis



4 Project en nul-alternatief

Het projectalternatief is samengesteld op basis van elementen die zouden moeten bijdragen aan het werkzame principe zoals die (1) in de praktijk voorkomen in de bestaande Thuishuizen in Deurne en Amstelveen, (2) randvoorwaardelijk zijn in het initiële idee van de Stichting Thuis in Welzijn en (3) als waardevol worden gezien door de bewoners. Het projectalternatief is daarmee een hypothetisch concept dat in de praktijk niet voorkomt.

Thuishuis door de ogen van de bewoners

De meeste bewoners gaven, vanwege door hun ervaren fysieke kwetsbaarheid, aan een verhuiswens te hebben en dat het alternatief voor het Thuishuis een zelfstandige seniorenwoning zou zijn geweest. Enkele van de huidige bewoners waren overigens niet-verhuisgeneigd en zijn met name verleid door het concept (samenredzaamheid) in combinatie met een verwachte zorgvraag in de toekomst.

Voor allen is het grote voordeel van het Thuishuis dat je aanspraak hebt van mede-bewoners en dat de bewoners een oogje in het zeil houden. De sociale component speelt een belangrijke rol in het kiezen voor het Thuishuis in plaats van een individuele woonvorm. De bewoners benadrukken dat het samenleven in een groep niet van zelf gaat en dat ze baat hebben gehad bij begeleiding.

Samengevat: de meeste bewoners waren fysiek toe aan een aangepaste woning, zagen die aanpassingen niet gebeuren in de huidige woning, zochten een nieuwe woning en kozen vanwege het sociale netwerk voor het Thuishuis.

Een verzorgingstehuis (dat was bij aanvang in 2012 nog een mogelijkheid) werd niet als alternatief gezien, daar zijn de meeste bewoners nog ‘te goed’ voor. Bewoners die in het Thuishuis wonen, menen het verhuizen naar (inmiddels alleen nog maar) een verpleeghuis op de lange duur iets te *kunnen* uitstellen maar niet te kunnen afstellen als het echt nodig is. Alle bewoners benadrukken dat ze zelfstandig wonen. Een eigen ruimte hebben om je terug te kunnen trekken is een heel belangrijk aspect.

In een paar gevallen heeft in Amstelveen de krapte op de woningmarkt (te kort aan seniorenappartementen) ervoor gezorgd dat men uiteindelijk in het Thuishuis terecht kwam. De laatst binnengekomen bewoner in Deurne geeft aan dat het Thuishuis een (goede) noodoplossing is.

4.1 Projectalternatief

Op basis van de ervaringen van de bewoners en de workshop met professionals is het projectalternatief gedefinieerd als een kleinschalig complex van levensloopbestendige en betaalbare woonruimtes (achter één voordeur) in de huursector voor zelfstandige bewoning door senioren met gezamenlijke ruimtes en hulpmiddelen voor fysieke beperkingen.

De bewoners maken gebruik van het regulier zorgaanbod (het Thuishuis is geen zorg-concept). Wel zijn er vrijwilligers die buiten het huis activiteiten ontplooien, zoals Thuisbezoek en inloophuis; voor dit onderzoek is het van belang dat het aannemelijk

is dat het succesvol werven van nieuwe Thuishuisbewoners hiervan afhankelijk is. Echter, het Thuisbezoek is geen exclusief onderdeel in het projectalternatief. Van het bezoeken van geïsoleerde ouderen in de wijk wordt verondersteld dat dat ook in het nul-alternatief wordt georganiseerd. Daarnaast kent het Thuishuisconcept een vrijwilligerscoördinator met korte lijnen naar de bewoners, die – en dat is nu niet onderdeel van het concept en ook niet het geval in Amstelveen en Deurne – in meer of mindere mate afhankelijk van de instroom van nieuwe bewoners de samenredzaamheid onderhoudt en stimuleert.

De doelgroep van het projectalternatief is afgebakend als verhuisgeneigde, kwetsbare en niet (of minder) kwetsbare senioren (juiste mix), geselecteerd op basis van toewijzingsregels van betrokken corporaties, medezeggenschap bewoners en intake welzijnsstichting.

Het is voor de vergelijking met het nul-alternatief belangrijk te beseffen dat het samenwonen de belangrijkste interventie is binnen het concept van het Thuishuis. Met andere woorden; het samenwonen op zich, dus zonder extra investering in eenzaamheidsbestrijding, inzet van vrijwilligers of (een groot beroep op) mantelzorgers, zou tot de belangrijkste geclaimde effecten moeten leiden.

4.2 Nul-alternatief

De keuze van het nul-alternatief is altijd zeer bepalend voor de uitkomsten van een MKBA. Het nul-alternatief dient als referentie om de effecten van het nieuwe beleid tegen af te zetten. Een deel van de vraag van het ministerie van BZK is of er interessante innovatieve alternatieven zijn die voorzien in de zorgvraag van ouderen. Alternatieven voor reguliere woonvormen die het waard zijn om in te investeren.

In dat geval breekt het Thuishuis niet echt met staand beleid. Het voegt een alternatief toe aan het bestaande aanbod. Zo lijkt het ook te worden gezien door de bewoners zelf. Die het Thuishuis zagen als alternatief voor een nieuwe stap in de wooncarrière – een stap naar een voor senioren geschikte woning - en niet als alternatief voor de bestaande nog niet levensloopbestendige woning. Let wel: niet alle huidige bewoners waren op zoek naar een voor senioren geschikte woning. Sommige hebben gekozen voor het Thuishuis terwijl de thuissituatie nog voldeed.

Echter, omdat de meeste bewoners wel verhuisgeneigd waren, scharen wij het Thuishuis onder de bestaande alternatieven voor gezonde zelfstandig wonende alleenstaande ouderen. Het Thuishuis is bedoeld om vereenzamende ouderen weer een sociale omgeving aan te reiken. Staand beleid op het gebied van eenzaamheidsbestrijding blijft in het nul alternatief gehandhaafd.

We definiëren het nul-alternatief daarom als: een reguliere zelfstandige seniorenwoning**.** Deze woning staat in een normale woonwijk en is geen onderdeel van een woonzorgcomplex. We gaan er ook vanuit dat een gemeente, als er geen Thuishuisbezoek organisatie is die bezoeken aflegt aan eenzame ouderen in de wijk, een soortgelijke dienstverlening financiert uit de WMO.

Kortom: in het nul-alternatief heeft de bewoner geen georganiseerde sociale woonomgeving met andere ouderen om zich heen en maakt op een ‘normale’ manier

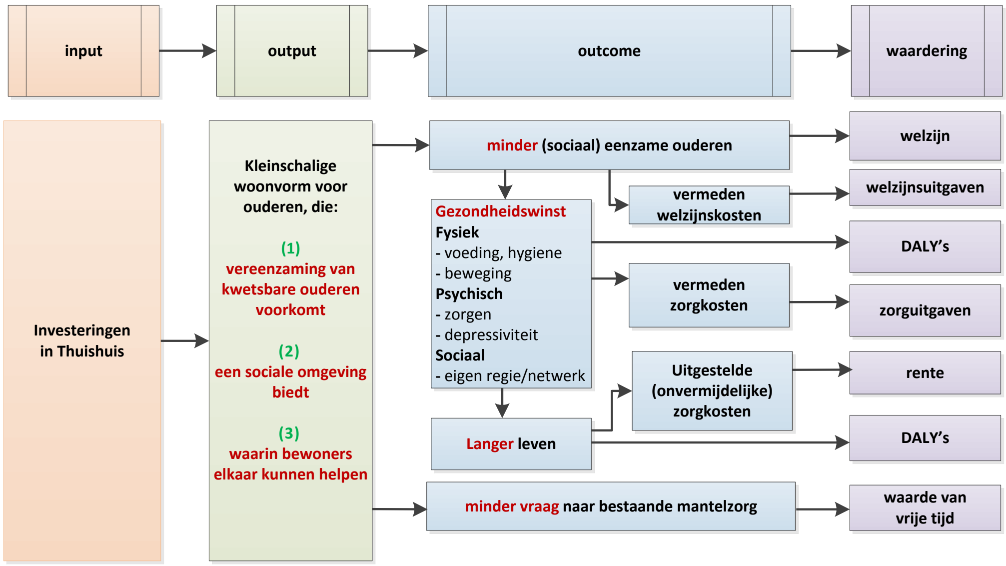
gebruik van zorg. Let wel: het is gebruikelijk om in een zorg en welzijn MKBA de kosten van het gebruik van zorg te *relateren aan de effecten* van het projectalternatief waardoor deze als baten (uitgespaarde kosten) verschijnen bij het projectalternatief en niet als kosten bij het nul-alternatief.

Deze keuze voor het nul-alternatief zorgt ervoor dat we alleen het werkzame principe van het samenwonen onderzoeken. We maken geen onderscheid in de stichtings- of aankoopkosten van het Thuishuis ten opzichte van een alternatieve woonoplossing. Dat betekent dat effecten bij bouw en bij verhuizing in het project-alternatief en 0-alternatief gelijk zijn. In beide alternatieven is er sprake van toevoeging van levensloopbestendige woningen en in beide alternatieven is er sprake van doorstroming en mogelijkheden tot harmonisatie, liberalisatie of verkoop voor de corporatie.

5 Kwantificeren van effecten

In dit hoofdstuk beschrijven we de hoe we de Thuishuis effecten worden gekwantificeerd en gewaardeerd.

Figuur 6 Effectenschema Thuishuis



5.1 Waarderen gezondheid en welzijn

Ziektelast wordt uitgedrukt in DALY's (Disability Adjusted Life Years). Vroegtijdige sterfte en ziekte kunnen daarmee worden vertaald in één getal. Met DALY's kunnen de effecten van verschillende ziektes/aandoeningen op de gezondheid onder één noemer worden gebracht. Dat wil zeggen: men kan de totale ziektelast van bijvoorbeeld kanker en hart- en vaatziekten bij elkaar optellen. Met de DALY kwantificeren we in welke mate bewoners door toedoen van het Thuishuis gezonder blijven. Hoe dat precies in zijn werk gaat, wordt uiteengezet in paragraaf 5.2.

Naast de gezondheidswinst (minder te dragen ziektelast) heeft het Thuishuis effect op het welzijn van mensen. Simpel gezegd: de bewoners voelen zich veilig en hebben een gelukkiger en minder eenzaam leven. Op basis van de interviews is vastgesteld dat er sprake is van toegenomen welzijn. De bewoners zeggen zich in het Thuishuis veiliger en zelfstandiger te voelen. Echter, er is op dit moment geen algemeen aanvaarde maat voor het uitdrukken van welzijnswinst. Er is overigens in Nederland wel wetenschappelijk onderzoek gedaan waarin geluk en tevredenheid met het leven worden gekwantificeerd en in geld uitgedrukt. We verwijzen naar het werk van Van Praag[6].

[6] B.M.S. van Praag and A. Ferrer-i-Carbonell (2004) Happiness Quantified: A Satisfaction Calculus Approach Oxford University Press, Oxford: UK , revised in 2008, Chinese translation 2009

Maar over hoe het welzijn in een zorg-MKBA zou moeten worden opgenomen is weinig bekend (Pomp et al, 2014 p. 77). We nemen derhalve het eventuele welzijns-effect van het Thuishuis op als PM-post. Daarmee willen we niet suggereren dat het welzijn van mensen bij eenzaamheidsbestrijding van ondergeschikt belang is. Omdat bewoners van het Thuishuis mogelijk minder beroep doen op de welzijnsvoorzie-ningen (zoals eenzaamheidsbestrijding), zou het nader kwantificeren van welzijns-effecten een aanknopingspunt voor vervolgonderzoek kunnen zijn.

5.2 Waarderen gezondheidswinst

De gezondheidswinsten van het Thuishuis worden gekwantificeerd volgens de methode ontwikkeld in Van der Meer (2011). Uitgangspunt van de methode is dat een interventie zoals het Thuishuis in enige mate effect heeft op de kwaliteit van leven van de bewoners. Dat effect vindt zijn oorsprong in de door onderzoek gestaafde gedachte dat (sociale) eenzaamheid gerelateerd is aan de incidentie van diverse fysieke en psychische aandoeningen.[7] Waar het Thuishuis het tegengaan/voorkomen van vereenzaming van kwetsbare ouderen beoogt, kan derhalve indirect een gezond-heidswinst worden verwacht. In de verbeterde kwaliteit van leven onderscheiden we drie hoofddimensies (met enkele subcategorieën):

- Somatisch (beter gevoed, betere hygiëne, meer beweging)
- Psychisch (minder eenzaam, minder zorgen, minder depressief)
- Sociaal (meer eigen regie, meer contacten)

Het Thuishuis wordt verondersteld te leiden tot beter gevoede bewoners, betere hygiëne, minder eenzaamheid etc. In welke mate deze Thuishuiseffecten optreden is nochtans niet bekend; daarvoor bestaat het Thuishuis in de praktijk nog niet lang genoeg.

Dat wil niet zeggen dat we niet op basis van inschattingen van experts tot een kwantificering kunnen komen. Om de genoemde effecten tentatief te kwantificeren herleiden we ze tot gezondheidswinsten door voor elk effect afzonderlijk een (expert)inschatting te maken. Daarbij gaan we in twee stappen te werk.

In de eerste stap worden alle bestaande ziekten/aandoeningen in twee categorieën ingedeeld:

- aandoeningen waarop een preventief Thuishuiseffect mogelijk is; en
- aandoeningen waarop een preventief Thuishuiseffect onwaarschijnlijk is.

Senik, C., B.M.S. van Praag, A. Ferrer-i-Carbonell (2004) ,Happiness Quantified. A Satisfaction Calculus Approach, Journal of Economic Behavior & Organization, Volume 59, Issue 1, January 2006, Pages 147-151

Clark, A.E., Paul Frijters, and Michael A. Shields (2008). Relative Income, Happiness, and Utility: An Explanation for the Easterlin Paradox and Other Puzzles Journal of Economic Literature 2008, 46:1, 95–144

7 http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheids-toestand\Functioneren en kwaliteit van leven\Eenzaamheid, 17 maart 2014.

Bij de eerste categorie kan men denken aan bijvoorbeeld depressiviteit en angststoornissen; bij de tweede aan aandoeningen zoals dementie, kanker etc. Een tiental (groepen van) aandoeningen waarop het Thuishuis mogelijk effect kan hebben, vormt het fundament van het model. In onderstaande tabel wordt de (gemiddelde) ziektelast van de betreffende aandoeningen uitgedrukt in DALY's.

Tabel 2 Tien aandoeningen waarop het Thuishuis mogelijk effect heeft

	DALY		DALY
influenza	0.01	angststoornissen	0.20
ziekten van ademhalingswegen	0.12	hart- en vaatziekten	0.23
maagdarminfecties	0.03	stemmingsstoornissen	0.42
ziekten van het bewegingsstelsel	0.18	afhankelijkheid van alcohol	0.32
huidziekten	0.07	diabetes mellitus	0.20

Bron DALYs: www.nationaalkompas.nl

In de tweede stap wordt in een coëfficiëntenmatrix vastgelegd in welke mate het Thuishuis de kans verkleint dat een bewoner in een jaar met de betreffende aandoening te maken krijgt. In Tabel 3 wordt dat weergegeven.

Tabel 3 Effecten/aandoeningen matrix

		RELEVANTE AANDOENINGEN									
	DALY	Influenza	Ziekten van ademhalingswegen	Maagdarminfecties	Ziekten van het bewegingsstelsel	Angststoornissen	Hart- en vaatziekten	Stemmingsstoornissen	Afhankelijkheid van alcohol	Huidziekten	Diabetes mellitus
	0.011	0.010	0.152	0.030	0.177	0.187	0.228	0.425	0.320	0.070	0.198
Fysiek	**0.005**										
* beter gevoed	0.002	13%	13%	13%	0%	0%	5%	0%	0%	5%	5%
* meer hygiene	0.000	0%	0%	13%	0%	0%	0%	0%	0%	5%	0%
* meer beweging	0.003	0%	0%	0%	13%	0%	5%	13%	0%	0%	5%
Psychisch	**0.003**	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
* minder eenzaam	0.001	0%	0%	0%	0%	0%	5%	13%	10%	0%	0%
* minder zorgen/stress	0.001	0%	0%	5%	0%	25%	5%	0%	10%	5%	0%
* minder somber/hulpeloos	0.000	0%	0%	0%	0%	5%	0%	5%	10%	0%	0%
Sociaal	**0.003**	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
* meer eigen regie	0.000	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5%	10%	0%	0%
* meer sociaal contact	0.002	0%	0%	0%	13%	0%	0%	0%	10%	0%	0%
Gemiddelde kans 65-plusser (p.j)	0.041	1.4%	4.8%	0.9%	10%	0.3%	3.7%	0.4%	0.3%	2.5%	0.8%
Kans TH-bewoner	0.049	2.1%	4.8%	0.9%	10.4%	0.5%	5.5%	0.8%	0.4%	2.5%	1.2%
Kwetsbaarheidsprofiel TH		1.5	1	1	1	2	1.5	2	1.5	1	1.5

Bron: methode Van der Meer (2011); kansen op aandoening Nationaal Kompas; DALYs Nationaal Kompas; coëfficiënten werking Thuishuis Els Glimmerveen (psycholoog) en Conny Brouwer (wijkverpleegkundige); bewerking en berekening RIGO

Ter illustratie bij de coëfficiënten: stel we zouden veronderstellen dat 'beter gevoed' de gemiddelde kans op een infectie van het maag/darmkanaal (voor 65+ ongeveer 0,9%) met een kwart vermindert. Voor één persoon is de gezondheidswinst daarvan is dan 0,25% van 0,03 DALY= 6,75 x 10^{-5} DALY. Bij een DALY-waarde van €75.000[8] komt dat overeen met een gezondheidswinst ter waarde van ongeveer €5. Als het Thuishuis daarentegen de kans op angststoornissen van een gemiddelde oudere geheel weg neemt, dan bedraagt de gezondheidswinst €150. Zou het Thuishuis selecteren op kwetsbare ouderen waarbij de kans op angststoornissen twee keer zo groot is als gemiddeld, dan bedraagt de gezondheidswinst €300 voor één bewoner per jaar.

De coëfficiënten in de effect-aandoening relatiematrix kunnen op dit moment niet empirisch worden onderbouwd. Derhalve worden ze in deze studie ingeschat op grond van de expert opinion en de interviews met bewoners. De geraadpleegde experts (zie bron bij de figuur) hebben een keuze gemaakt uit alle aandoeningen van het Nationale Kompas (de rij met relevante aandoeningen) en vervolgens een inschatting gegeven van het maximale effect van het Thuishuis op het verminderen van de gemiddelde kans op een aandoening.

De coëfficiëntenmatrix en het in te stellen kansprofiel vormen de kern van het model als het gaat om inschatting van de gezondheidswinst. Het kansprofiel waarmee in het model wordt gerekend is afhankelijk van de kenmerken van de bewoners. Het kwetsbaarheidsprofiel van de Thuishuisbewoner kan in de onderste regel worden ingesteld. Een profielcijfer van 2 zegt dat een bewoner een tweemaal hogere kans heeft op een aandoening dan de gemiddelde 65-plusser. Uit de SCP rapportage 'Kwetsbare ouderen' blijkt dat bij alleenstaanden, die sociaal kwetsbaar zijn, dit inderdaad het geval is voor angststoornissen en stemmingswisselingen. Het weergegeven TH-kwetsbaarheidsprofiel is het uitganspunt in het basisscenario. Thuishuisbewoners zijn kwetsbaarder dan de gemiddelde 65-plusser.

De gezondheidswinst die het Thuishuis kan opleveren wordt in het model dus niet alleen ingegeven door de vooraf ingeschatte relatiematrix. De mix van de bewoners is eveneens van belang: hoe groter hun kans op aandoeningen, des te groter het potentiële Thuishuiseffect. Met alleen kerngezonde ouderen is de gezondheidswinst door het Thuishuis kleiner dan wanneer het Thuishuis ook door kwetsbare ouderen wordt bewoond. Kwetsbare ouderen hebben immers per definitie een bovengemiddelde kans op aandoeningen; er valt dus meer te winnen. Echter, de kwetsbaarheid van de bewoners mag niet zo groot zijn dat het ten koste gaat van de capaciteit om elkaar te ondersteunen.

5.3 Kwantificering van de baten

Directe baten

De directe baten betreffen de winst die door het Thuishuis wordt behaald op

- de gezondheid en
- het welzijn van de bewoners.

[8] Pomp et al (2014) adviseert om te variëren tussen € 60.000 en € 90.000 per DALY, op basis daarvan kiezen we voor deze studie voor € 75.000

De gezondheidswinst wordt bepaald aan de hand van de hierboven beschreven effect-aandoening relatiematrix en het kwetsbaarheidsprofiel van de bewoners. De winst wordt uitgedrukt in DALY's en vermenigvuldigd met een conventioneel overeengekomen bedrag dat aan één DALY wordt toegekend (€75.000). Een DALY omvat per definitie zowel de kwaliteit van leven als de levensduur. Omdat de componenten kwaliteit en duur per aandoening verschillen, gaan we ervan uit dat van elke door het Thuishuis gewonnen DALY de helft een verlenging van het leven met zich mee brengt en de andere helft een verbetering van de levenskwaliteit behelst.

Voor een gemiddelde 65-plusser wordt de Thuishuisgezondheidswinst ingeschat op jaarlijks 0,018 DALY per jaar. Zoals hier boven gesteld betreft de helft daarvan levensverlenging, wat overeenkomt met een verlenging van 3 dagen per jaar. Verblijft de gemiddelde oudere 10 jaar in het Thuishuis, dan leeft hij ongeveer een maand langer. De kwaliteit van leven verbetert dus ook met 3 gezonde levensdagen per jaar. De totale gezondheidswinst van 6 gemiddelde bewoners in het Thuishuis per jaar komt uit op een bedrag van ruim €8.000. Welzijnsbaten blijven buiten beschouwing.

Indirecte baten

De vermeden zorgkosten komen indirect voort uit de gezondheidswinst die door het Thuishuis wordt geboekt. Evenredig aan de gewonnen DALY's oefenen de bewoners minder zorgvraag uit en daarmee worden kosten bespaard. Als we uitgaan van de kansen en coëfficiënten in Tabel 3 dan heeft de gemiddelde 65-plusser in Nederland kans op 0,041 DALY per jaar en verminderd het Thuishuis dat met 0,018 DALY. Dat betekent een besparing op de zorgkosten van 0,018/0,041=43%.

De hoogte van de bespaarde zorgkosten wordt bepaald aan de hand van een aantal kostenfuncties die uit de bestaande literatuur[9] zijn afgeleid. Zoals bekend zijn de zorgkosten per persoon sterk afhankelijk van leeftijd en geslacht. Bij hoge leeftijd nemen de kosten sterk toe. Vrouwen hebben mede door hun hogere levensverwachting wat hogere kosten dan mannen. In Figuur 7 wordt voor beide seksen de kostenfunctie afgebeeld. Het betreft het totaal van de volgende typen zorg:

- ziekenhuis/medische specialistische hulp
- ouderenzorg,
- welzijnszorg
- medicijnen/hulpmiddelen
- eerstelijnshulp
- geestelijke gezondheidszorg

Deze zes categorieën omvatten ongeveer 83% van de totale zorgkosten. De resterende 17% betreft gehandicaptenzorg, ambulances en beheer e.d.

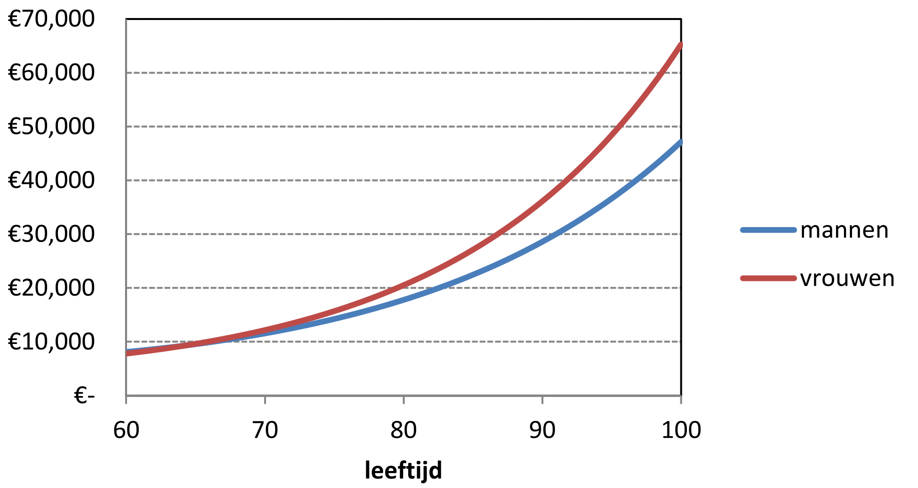
[9] Wong, A., G. Kommer en J.J. Polder (2008), Levensloop en zorgkosten; solidariteit en de zorgkosten van vergrijzing. RIVM-rapport 270082001

Stichting Farmaceutische Kengetallen (2012), Data en feiten 2012; het jaar 2011 in cijfers

Nationaal Kompas Volksgezondheid (2014), Zorg – huidige kosten – kosten naar leeftijd

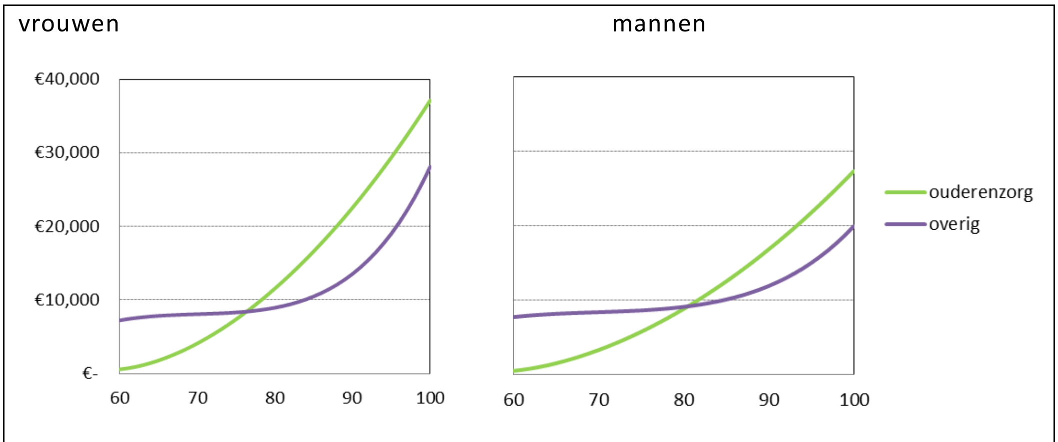
Nationaal Kompas Volksgezondheid (2014), Eerstelijnzorg – kosten – kosten naar sector

Figuur 7 De zorgkosten Thuishuisdoelgroep naar leeftijd (per persoon, 2015)



Bron: RIVM, Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK)/Bewerking RIGO

Figuur 8 Kosten ouderenzorg Thuishuisdoelgroep naar leeftijd (per persoon 2015)



Bron: RIVM, Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK)/Bewerking RIGO

We gaan ervan uit dat mensen die willen verhuizen naar een Thuishuis niet als een 'doorsnee oudere' mogen worden beschouwd. Zij zijn bijvoorbeeld alleenstaand en alleen al door dat feit moet met hogere zorgkosten rekening worden gehouden (zie ook Wong et al, 2008). Ook zullen zij in opleidingsniveau en inkomen verschillen van het gemiddelde. We drukken dit vermoedelijke hogere kostenprofiel uit door de kostenfuncties van de gemiddelde oudere enigszins omhoog te kantelen. Dat wil zeggen: de functie wordt bij 100 jaar gefixeerd en vervolgens met de klok mee iets omhoog gedraaid. Wat resulteert is de kostenfunctie voor de doelgroep van Thuis-huis. In het basisscenario veronderstellen we dat het gemiddelde kostenniveau bij 60 jaar 33% lager ligt dan de zorgkosten die een gemiddelde Thuishuisbewoner maakt. Bij 70 jaar is het verschil 20%, bij 80 jaar 10% en bij 90 jaar 5%. Deze kanteling van de kostenfuncties is opgenomen in Figuren 7 en 8.

Mantelzorg

Arbeid-gerelateerde indirecte baten van het Thuishuis zijn gelegen in het feit dat bewoners minder beroep doen op mantelzorg, omdat:

1) zij in het Thuishuis die mantelzorg deels voor elkaar verzorgen, en
2) zij minder behoefte hebben aan mantelzorg (omdat ze een beetje gezonder blijven door het Thuishuis; d.w.z. de gezondheidswinst).

Het aantal mantelzorgers voor ouderdomsproblemen bedroeg in 2008 760 duizend. Dit zijn niet de mantelzorgers die terminale of chronisch zieken verzorgen.[10] Mantelzorgers van ouderen leveren gemiddeld 12 uur per week zorg, waarvan 75% huishoudelijke hulp, 37% persoonlijke verzorging en 15% verpleegkundige hulp. Ongeveer 60-70% helpt ook met verplaatsen buitenshuis en administratie.[11]

De verzorging van terminale en chronisch zieke mensen is zeer belastend voor mantelzorgers. Deze mantelzorg laten we echter buiten beschouwing omdat die zorg niet kan worden geboden door de overige bewoners. Die wordt niet gesubstitueerd (en vindt ook plaats in het nul-alternatief).

Als we deze (intensieve) verpleegkundige hulp (ongeveer 2,5 uur per dag) niet meenemen, dan resteert een gemiddelde mantelzorg van 11 uur per week per oudere die wel mantelzorg nodig heeft. Als we ervan uitgaan dat die 760.000 mantelzorgers precies 1 oudere met ouderdomsproblemen verzorgen, dan komt de *gemiddelde* mantelzorgbehoefte voor 65-plussers op 3 uur per week. Het gaat dan om minder belastende mantelzorg die we waarderen volgens de waarde van vrije tijd; dat komt neer op het gemiddelde netto uurloon in Nederland van €12 per uur. In de MKBA veronderstellen we dat elke Thuishuisbewoner 25% van dat gemiddelde door het Thuishuis minder aan mantelzorgvraag zal uitoefenen. Voor 6 Thuishuisbewoners komt dit uit op 6 x 52 x 3 x 25% x €12 = €2.800 per jaar.

5.4 Kwantificeren van de kosten

Op basis van interviews met de bewoners hebben we ervoor gekozen om het Thuishuis als alternatief bij een zekere verhuizing te plaatsen tegenover een seniorenwoning. Verder hebben we – eigenlijk in aanvulling op het concept zoals het is gelanceerd door de Stichting Thuis in Welzijn – op basis van de gesprekken met de bewoners geconstateerd dat inzet van een coördinator nodig is om het samenleven in goede banen te leiden. Dat betekent dat er aan de kostenkant eigenlijk maar twee posten van belang zijn. De opstartkosten en de kosten voor een coördinatie.

Opstartkosten

De opstartkosten bestaan uit een haalbaarheidsstudie en marketing/promotie. Een haalbaarheidsstudie is weliswaar eenmalig maar dat wil niet zeggen dat de kennis opgedaan in de studie waarde heeft over de hele levensduur van een Thuishuis. Het

[10] SCP (2010), *Mantelzorg uit de doeken*, Den Haag, Sociaal Cultureel Planbureau

[11] Zwart-Olde et al (2013), *Samen zorgen voor thuiswonende ouderen: onderzoeksrapportage over de samenwerking tussen mantelzorgers, professionals in vrijwilligers in de thuiszorg,* Amsterdam VU/FSW.

concept kan kinderziektes hebben en na evaluatie en nader onderzoek moeten worden bijgesteld. Die onzekerheid maakt een initiële haalbaarheidsstudie niet afschrijfbaar over een lange periode. Daarom kiezen we voor vijf jaar. Dat geldt ook voor de marketing/promotie in de opstartkosten. Die moet in de praktijk ook periodiek worden aangezwengeld. We gaan er wel vanuit dat het Thuisbezoek hierbij kan helpen maar in de praktijk blijkt ook dat het Thuisbezoek moeilijk van de grond komt.

Kosten voor coördinatie en begeleiding.
Bij de start van beide Thuishuizen was een professionele kracht voorzien die de coördinatie van het Thuisbezoek door de vrijwilligers voor haar of zijn rekening nam. De loonkosten van de coördinator bedragen gemiddeld € 12.000 per jaar.

Volgens de Stichting Thuis in Welzijn zou deze coördinerende rol zeker 90% van de tijdsbesteding in beslag nemen. Echter, in Deurne wordt al enige tijd geen Thuisbezoek afgelegd en in Amstelveen is de coördinator onlangs gestopt. Omdat de coördinerende taken achter bleven bij de verwachtingen, is er door de professionele krachten meer tijd besteed aan het (enigszins tegen de grondbeginselen van het concept Thuishuis in) ondersteunen en stimuleren van de samenredzaamheid. Een rol die zoals bleek uit de interviews erg werd gewaardeerd door de bewoners, nu wordt gemist en waarvan het verdwijnen in Deurne ook gevolgen heeft gehad voor de frequentie van gezamenlijke activiteiten die de sociale kwetsbaarheid verminderen.

Wij concluderen op grond daarvan - anders dan in het initiële concept wordt verondersteld - dat het Thuishuis zonder begeleiding en instroomcoördinatie niet optimaal zal functioneren. Soms kan de begeleiding/coaching van bewoners op een laag pitje staan, maar in tijden rond nieuwe instroom neemt de intensiteit ervan toe. De coördinatie/begeleiding 'op laag pitje' schatten we in op 10% van €12.000; op zijn hoogst wordt 80% van de tijd aan instroomcoördinatie en begeleiding besteedt. De begeleiding rond nieuwe instroom verloopt als een zaagtand in de tijd over een cyclus die afhankelijk is van de kwetsbaarheid van de bewoners. Hoe kwetsbaarder de bewoners, des te korter de cyclus. In het basisscenario wordt uitgegaan van één mutatie door sterfte of verhuizing per 2,5. In dat geval wordt in een gemiddeld jaar 39% van de loonkosten van de coördinator toegeschreven aan het Thuishuis. Dat is ongeveer €4700 per jaar en komt overeen met ongeveer een halve dag werk per week. Het uitgangspunt in het basisscenario is dat als deze kosten worden gemaakt de door experts ingeschatte vruchten van samenwonen en samenredzaamheid geheel kunnen worden geplukt.

Zonder noemenswaardige instroomcoördinatie en begeleiding verwachten wij dat de bewonersmix niet optimaal zal zijn en dat Thuishuisbewoners moeilijker hun rol kunnen vinden. De baten zijn dan kleiner. We veronderstellen derhalve een afweging tussen aan de ene kant de inspanningen om de bewonersmix en hun samenwonen te optimaliseren en aan de andere kant de baten van samenwonen en samenredzaamheid. Hoe die afweging precies verloopt weten we niet. In de gevoeligheidsanalyse (zie paragraaf 6.3, variant 2) geven we een impressie door aan de ene kant de inspanning van de coördinator terug te brengen tot één uur per week (10%) en aan de andere kant een deel (van 50%) van de door experts ingeschatte Thuishuiseffecten te nemen, en daarnaast van een minder kwetsbare groep bewoners uit te gaan.

6 Analyse

6.1 Uitgangspunten

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van de MKBA voor het Thuishuis gepresenteerd en aan de hand van een drietal varianten nader geanalyseerd. Twee doelstellingen staan centraal:

- Inzicht in het maatschappelijk rendement van de investering in het innovatieve concept Thuishuis voor verschillende partijen.
- Het geven van een indicatie van de omvang en het belang van deze effecten voor genoemde partijen.

De **kosten** van het Thuishuis zijn tweeledig. Ze bestaan voor twee derde uit afschrijving op opstartkosten, zoals haalbaarheidsstudies en marketing. Het restant zijn de jaarlijks terugkerende loonkosten van een coördinator. De veronderstelling luidt dat de gezondheidseffecten zoals ingeschat door experts alleen dan voor 100% optreden als een coördinator zich voor gemiddeld een halve dag per week bezig houdt met het Thuishuis. De kosten (en de baten) voor het thuisbezoek zijn ook aanwezig in het 0-alternatief en worden derhalve niet meegenomen.

In de MKBA worden aan de batenzijde onderscheiden: 1) directe effecten: gezondheidswinst en welzijnswinst, en 2) indirecte baten voortvloeiende uit de directe effecten.

De **directe baten** bestaan uit gezondheidswinst door samenwonen, samenredzaamheid en mantelzorgen voor elkaar. Die winst valt uiteen in twee delen: (1) kwaliteit van leven en (2) langer leven. Kwaliteit van leven wordt in drie dimensies beschouwd: somatisch, mentaal en sociaal. De gezondheidswinst wordt uitgedrukt in DALY's, waarin zowel de kwaliteit als de levensduur tot uitdrukking komt. De gebruikte DALY-cijfers zijn overgenomen uit het RIVM nationaal kompas, evenals de incidentie van aandoeningen bij 65+ers. In welke mate het Thuishuis aandoeningen vermindert is door middel van expert opinion geraamd. Een jaar in het Thuishuis resulteert per bewoner in gemiddeld 0,018 gewonnen DALY's per jaar, waarvan de helft verlengde levensduur. Eventuele welzijnswinsten blijven in de voorliggende analyse buiten beschouwing (PM-post).

Onder de **indirecte baten** scharen we 1) vermeden zorgvraag, 2) minder belasting van mantelzorgers. Vermeden zorgvraag is in het model berekend als percentage van de gemiddelde jaarlijkse kosten volgens kostenfuncties afgeleid van RIVM-gegevens[12]. Het jaargemiddelde is afhankelijk van leeftijd en geslacht. Het betreffende percentage van de zorgkosten dat wordt opgenomen in de berekeningen is gelijk aan de DALY-winst (0,018 in het basisscenario) gerelateerd aan wat een gemiddelde 65-plusser

[12] http://www.nationaalkompas.nl/zorg/huidige-kosten/#kostennaarleeftijd. Door RIGO bewerkt tot Figuren 8 en 9 (paragraaf 5.3). Deze functies zijn gebaseerd op gegevens uit 2011, uitgedrukt in prijzen van 2015. Recente veranderingen in zorgbekostiging zijn daarin dus niet verdisconteerd.

naar verwachting jaarlijks verliest aan DALY's op de 10 in het model opgenomen aandoeningen (0,041 DALY, zie Tabel 3). Uitgestelde zorgvraag is een opschuiving in de tijd van de zorgkosten van de laatste vijf levensjaren bij discontering 5,5%. Dat laatste is een relatief bescheiden rentewinst over het uitstellen van uiteindelijk onvermijdelijke zorg. Voorts wordt mantelzorg vermeden: verondersteld is 25% van de gemiddelde mantelzorguren gewaardeerd op €12 per uur (vrije tijd).

Het model resulteert in een baten/kosten-ratio. Is het BK-ratio groter dan één, dan zijn de baten hoger dan kosten en is het Thuishuis maatschappelijk rendabel. Is de ratio kleiner dan één, dan kost het huis meer dan het maatschappelijk oplevert. De uitkomsten zijn gebaseerd op gemiddelde zorgkosten per individu per jaar. Dat impliceert dat de uitkomsten **een gemiddeld jaar** in het langdurige bestaan van het Thuishuis beschrijven. De zorgkosten zijn per definitie scheef verdeeld over mensen: er zijn relatief veel mensen met weinig kosten en weinig mensen met heel hoge kosten die het gemiddelde omhoog trekken. Dat geldt dus ook voor de effecten van het Thuishuis. De jaren waarin de baten kleiner zijn dan in het gemiddelde jaar zijn talrijker dan de relatief zeldzame jaren waarin ze (veel) groter zijn.

We werken **één basisscenario** en van daaruit **twee varianten** uit. Het basisscenario beschrijft de situatie waarin de door experts verwachte gezondheidseffecten daadwerkelijk optreden. Met dit scenario trachten we de theoretisch optimale situatie te schetsen, waarin de bewonersmix optimaal is en de coördinerende inspanningen omdat voor elkaar te krijgen worden uitgevoerd. Om gevoel te krijgen voor de gevoeligheid van de uitkomsten voor enkele veronderstellingen worden twee varianten doorgerekend, waarin het huis door minder kwetsbare ouderen wordt bewoond.

6.2 Het basisscenario

In het basisscenario wordt het Thuishuis bewoond door 2 mannen en 4 vrouwen van gemiddeld 79 jaar. De bewonersmix is optimaal. Dat wil zeggen: ze zijn bovengemiddeld kwetsbaar (maar niet té kwetsbaar) en hun jaarlijkse zorgkosten zijn ook boven gemiddeld (bij deze leeftijd ongeveer 10% hoger dan gemiddeld). Om de optimale mix te bereiken steekt de coördinator gemiddeld een halve dag per week in begeleiding/-coaching en instroomcoördinatie. We veronderstellen dat onder deze omstandigheden de door experts verwachte gezondheidseffecten in hun geheel optreden. We verwijzen naar bijlage 4 voor een volledig overzicht van de modelparameters in het basisscenario.

In Figuur 9 worden de kosten en baten in het basisscenario op een rij gezet.

Figuur 9 Maatschappelijke kosten en baten in het basisscenario

Kosten (per jaar)					
Opstartkosten			*Totaal*		
* haalbaarheidstudies (afschr 5 jr)		€ 53,800	€ 10,760	Stichting	
			€ -		
Coordinatie & in/uitstroom	0.39	€ 12,000	€ 4,696	Gemeente	
			€ -		
TOTAAL KOSTEN			**€ 15,456**		
Baten (per jaar)					
Gezondheidswinst (direct)					
* kwaliteit van leven	p.p		*Totaal*		
- fysiek	0.005	€ 75,000	€ 2,439	Bewoner	6%
- psychisch	0.003	€ 75,000	€ 1,197	Bewoner	3%
- sociaal	0.003	€ 75,000	€ 1,229	Bewoner	3%
* verlengd leven	0.011	€ 75,000	€ 4,866	Bewoner	11%
Welzijnswinst (direct)			***PM***	Bewoner	
Vermeden zorgvraag (indirect)					
* minder zorgvraag	p.p.		€ 29,517		69%
- ouderenzorg	53%	€ 4,901		Gemeente	
- medicijnen/hulpmiddelen	53%	€ 535		Verzekeraars	
- eerste lijnshulp	53%	€ 497		Verzekeraars	
- overige zorg	53%	€ 3,376		Verzekeraars	
* uitgestelde zorgvraag	0.011	€ 9,002	€ 584	Maatschappij	1%
Ontlaste mantelzorgers (indirect)	6	€ 468	€ 2,808	Maatschappij	7%
TOTAAL BATEN			**€ 42,600**		

De verhouding tussen kosten en baten komt uit op 2,75. Als we de gemiddelde leeftijd zouden aanpassen naar 73 (de instroomleeftijd in Amstelveen) dan zakt de ratio naar 2,5. Daaruit blijkt dat het rendement van het Thuishuis afhankelijk is van de leeftijd van de bewoners, want bij hogere leeftijd zijn de vermeden zorgkosten hoger.

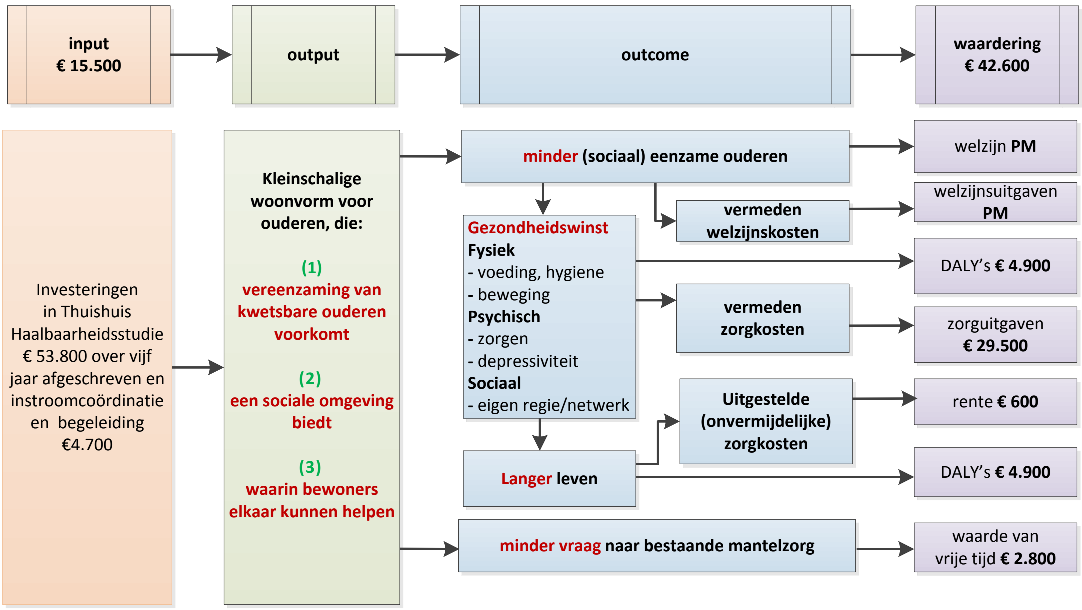
De bewoner neemt 23% van de baten voor zijn of haar rekening door gezondheidswinst. De overige baten komen ten goede aan de maatschappij en de verzekeraars en natuurlijk de gemeente als grootste financier van de ouderenzorg. De gemeente kan in het basisscenario jaarlijks 6 x 53% x €4900= is € 15,580 uitsparen op ouderenzorg. Grosso modo worden de jaarlijkse kosten van het Thuishuis dus goed gemaakt door een besparing op de kosten voor ouderenzorg.

Een exacte toedeling van de uitgespaarde kosten naar regeling (WMO, WLZ en ZVW)[13] kan niet worden gemaakt. Dat komt omdat de financiering van diverse zorgcategorieën meestal niet eenduidig aan één regeling kunnen worden gekoppeld. Voor een

[13] WMO: Wet Maatschappelijke Ondersteuning; WLZ: Wet Langdurige Zorg; ZVW: Zorgverzekeringswet

overzicht van de verschillende regelingen in de onderscheiden zorgcategorieën wordt verwezen naar Bijlage 3. Om toch een idee te krijgen van de verdeling van de uitgespaarde zorgkosten over de verschillende regelingen kan de volgende tentatieve toedeling worden gehanteerd: ongeveer 50% van de uitgespaarde zorgvraag zou uit de WMO zijn gefinancierd, 30% uit ZVW en 20% uit de WLZ. In Figuur 10 zijn de uitkomsten weergegeven in het effectenschema.

Figuur 10 Gekwantificeerd Effectenschema Thuishuis



6.3 Varianten

Variant 1: geen coördinatie; bewoners zijn doorsnee 65-plussers

In de eerste variant beschouwen we de gevoeligheid van de uitkomsten voor veronderstellingen over de mate waarin het Thuishuis coördinatie van buitenaf nodig heeft om optimaal te functioneren. In het basisscenario zorgt de coördinator voor de juiste instroom van bewoners en worden ze waar nodig begeleid in het Thuishuisleven. In variant 1 blijft coördinatie geheel achterwege. Een mogelijk resultaat zou kunnen zijn dat het Thuishuis dan bewoond wordt door een willekeurige groep van doorsnee 65-plussers. De gemiddelde leeftijd daalt naar 72, de verwachte zorgkosten zijn gemiddeld en ook de kwetsbaarheid is gemiddeld.

De vraag is nu hoe groot de gezondheidseffecten van het Thuishuis in deze situatie zouden zijn. Met andere woorden: welk percentage van de door experts verwachte gezondheidseffecten doen zich nu nog voor? Een antwoord op deze vraag is moeilijk te geven. Wij draaien de vraag derhalve om: bij welk percentage zou een KB-ratio van één resulteren, zodat het Thuishuis maatschappelijk kostenneutraal functioneert? Dat percentage blijkt ongeveer 25% te zijn. De conclusie die we hieruit trekken is dat een Thuishuis zonder enige vorm van coördinatie de maatschappij niets kost als ongeveer een kwart van de door experts verwachte gezondheidseffecten daadwerkelijk

optreden. In Figuur 11 wordt een overzicht van de kosten en baten in deze variant gepresenteerd.

Figuur 11 Variant 1: Geen coördinatie; bewoners doorsnee 65-plusser

Kosten (per jaar)					
Opstartkosten			*Totaal*		
* haalbaarheidstudies (afschr 5 jr)		€ 53,800	€ 10,760	Stichting	
			€ -		
Coordinatie & in/uitstroom	0.00	€ 12,000	€ -	Gemeente	
			€ -		
TOTAAL KOSTEN			**€ 10,760**		
Baten (per jaar)					
Gezondheidswinst (direct)					
* kwaliteit van leven	p.p		*Totaal*		
- fysiek	0.002	€ 75,000	€ 1,055	Bewoner	10%
- psychisch	0.001	€ 75,000	€ 372	Bewoner	3%
- sociaal	0.001	€ 75,000	€ 575	Bewoner	5%
* verlengd leven	0.004	€ 75,000	€ 2,002	Bewoner	19%
Welzijnswinst (direct)			***PM***	Bewoner	
Vermeden zorgvraag (indirect)					
* minder zorgvraag	p.p.		€ 3,654		34%
- ouderenzorg	22%	€ 1,017		Gemeente	
- medicijnen/hulpmiddelen	22%	€ 197		Verzekeraars	
- eerste lijnshulp	22%	€ 215		Verzekeraars	
- overige zorg	22%	€ 1,370		Verzekeraars	
* uitgestelde zorgvraag	0.004	€ 8,136	€ 217	Maatschappij	2%
Ontlaste mantelzorgers (indirect)	6	€ 468	€ 2,808	Maatschappij	26%
TOTAAL BATEN			**€ 10,700**		

NB: Als sluitpost voor KB-ratio=1 wordt 25% van de gezondheidseffecten in deze variant gerealiseerd

Variant 2: minimale coördinatie; bewonersmix als in huidige praktijk

In de tweede variant besteedt de vrijwilligerscoördinator gemiddeld 1 uur per week aan het coördineren van de instroom in het huis. Dat betekent dat een bewonersmix ontstaat zoals thans in de praktijk wordt waargenomen. De bewoners zijn kwetsbaarder dan de gemiddelde 65-plusser, maar de optimale mix wordt niet bereikt. De bewoners hebben een hoger zorgkostenprofiel dan gemiddeld. Voor deze bewoners wordt in de afwezigheid van verdere begeleiding het gezondheidseffect ingeschat op 50% van de door experts verwachte effecten. In Figuur 12 wordt een overzicht van de kosten en baten in deze variant gepresenteerd. De ratio van baten en kosten komt uit op 1,75. Deze variant is zo goed als gelijk aan hoe het Thuishuis momenteel in de praktijk functioneert.

Figuur 12 Variant 2: minimale coördinatie; bewonersmix als in huidige praktijk

Kosten (per jaar)					
Opstartkosten			*Totaal*		
* haalbaarheidstudies (afschr 5 jr)		€ 53,800	€ 10,760	Stichting	
			€ -		
Coordinatie & in/uitstroom	0.10	€ 12,000	€ 1,200	Gemeente	
			€ -		
TOTAAL KOSTEN			**€ 11,960**		
Baten (per jaar)					
Gezondheidswinst (direct)					
* kwaliteit van leven	p.p		*Totaal*		
- fysiek	0.003	€ 75,000	€ 1,138	Bewoner	5%
- psychisch	0.001	€ 75,000	€ 485	Bewoner	2%
- sociaal	0.001	€ 75,000	€ 595	Bewoner	3%
* verlengd leven	0.005	€ 75,000	€ 2,218	Bewoner	11%
Welzijnswinst (direct)			***PM***	Bewoner	
Vermeden zorgvraag (indirect)					
* minder zorgvraag	p.p.		€ 13,453		64%
- ouderenzorg	24%	€ 4,901		Gemeente	
- medicijnen/hulpmiddelen	24%	€ 535		Verzekeraars	
- eerste lijnshulp	24%	€ 497		Verzekeraars	
- overige zorg	24%	€ 3,376		Verzekeraars	
* uitgestelde zorgvraag	0.005	€ 9,002	€ 266	Maatschappij	1%
Ontlaste mantelzorgers (indirect)	6	€ 468	€ 2,808	Maatschappij	13%
TOTAAL BATEN			**€ 21,000**		

NB: Door de minimale coördinatie wordt verondersteld dat 50% van de door experts verwachte gezondheidseffecten in deze variant gerealiseerd kan worden

6.4 Resumerend

In het basisscenario wordt het maatschappelijk rendement van Thuishuis berekend, uitgaande van de theoretisch optimale situatie waarin de verwachte gezondheids-effecten alle worden gerealiseerd omdat het huis door de juiste mensen wordt bewoond. In dat geval is het maatschappelijk rendement waarschijnlijk hoog. De BK-ratio komt uit op 2,75. Bijna 70% van de baten zijn vermeden zorgkosten. Naar schatting 50% van de uitgespaarde zorgvraag zou uit de WMO zijn gefinancierd, 30% uit ZVW en 20% uit de WLZ.

De uitkomsten zijn echter door onzekerheid omgeven, omdat de gezondheidseffecten gebaseerd zijn op inschattingen van experts. Er liggen geen feitelijke waarnemingen aan ten grondslag. Dat kan ook niet, want er zijn slechts twee Thuishuizen en ze bestaan nog maar kort.

De Thuiseffecten bestaan voornamelijk uit gezondheidseffecten die indirect zorgvraag vermijden. Om een gevoel te krijgen voor de gevoeligheid van de uitkomsten voor veronderstellingen omtrent de verwachte gezondheidseffecten zijn twee varianten berekend. Uit de eerste variant leiden we af dat een Thuishuis zonder enige vorm van coördinatie (en als gevolg daarvan een doorsnee bewonersmix) bij 25% van de verwachte gezondheidseffecten maatschappelijk kostenneutraal functioneert. In de tweede variant – de huidige praktijk variant – is de coördinatie minimaal (gemiddeld 1 uur per week), is de bewonersmix gunstiger dan gemiddeld en wordt verondersteld dat 50% van de gezondheidseffecten zich voordoen. De BK-ratio is in dat geval 1,75.

Hoewel empirisch onderzoek naar de gezondheidseffecten pas echt uitsluitsel kan geven over de maatschappelijke effecten van het woonconcept Thuishuis concluderen we dat het Thuishuis vermoedelijk in veel gevallen maatschappelijk rendabel zal zijn. Een BK-ratio van ongeveer 2 is denkbaar.

7 Nabeschouwing

Thuishuiseffecten

Niet alle maatschappelijke effecten van het Thuishuis kunnen met de huidige kennis betrouwbaar worden berekend. De onbetrouwbaarheid betreft vooral de maatschappelijke baten, maar ook de kosten zijn nog met de nodige onzekerheid omgeven.

De belangrijkste reden daarvoor is dat de verwachte gezondheidseffecten van het Thuishuis voor de bewoners niet kunnen worden gebaseerd op empirische resultaten. Dat komt omdat het concept zelf nog te pril is om dergelijke effecten in de praktijk waar te nemen. Het belangrijkste effect van het Thuishuis is dat vereenzaming van kwetsbare ouderen ermee kan worden voorkomen. Eenzaamheid wordt in de literatuur weliswaar aan een hogere incidentie van diverse aandoeningen verbonden; maar over de mate waarin die incidentie afneemt en bij welke ‘eenzaamheidsniveaus’ zijn geen bruikbare cijfers beschikbaar. Om de gezondheidswinsten te kunnen ramen is in de voorliggende studie de relatie tussen wat het Thuishuis aan de woonsituatie van de bewoners verandert en de incidentie van aandoeningen ingeschat op basis van expert opinion en interviews. Hoe consciëntieus men hierbij ook te werk gaat, de uitkomsten van de effectanalyse worden in essentie door deze inschatting bepaald. In de hier gepresenteerde effectanalyse bedraagt de gezondheidswinst per bewoner per jaar 0,018 DALY.

De kosten van het Thuishuis

In deze studie gaan we niet in op eventuele verschillen in stichtings- en exploitatiekosten tussen het Thuishuis en andere seniorenwoningen. De kosten bestaan derhalve alleen uit marketing en gaande houden van het huis. Dat wil zeggen: er is een inspanning nodig om de haalbaarheid van een Thuishuis aan te tonen. Daarnaast is het noodzakelijk om de juiste bewoners te vinden en mettertijd de in/uitstroom te coördineren. Deze kosten zijn thans nog relatief hoog. Op termijn zouden ze lager kunnen uitvallen. Immers, wanneer het concept zijn plaats heeft verworven zullen haalbaarheid/marketing minder noodzakelijk zijn en zal de coördinatie tot een minimum kunnen worden beperkt omdat geschikte bewoners zich min of meer vanzelf aandienen.

De baten van het Thuishuis

Vrijwel alle baten die het Thuishuis teweeg brengt zijn aan de veronderstelde DALY-winst gekoppeld. Zo kan deze gezondheidswinst zelf direct in geld worden uitgedrukt door voor één DALY een zekere waarde te kiezen. Gebruikelijk is een waarde tussen €60.000-€80.000. Deze directe gezondheidsbaten van het Thuishuis zijn ongeveer 20% van de totale baten. Dit betreft een welvaartswinst waaraan geen echte geldstromen zijn verbonden.

Met een aandeel van 70% is de grootste baat van Thuishuis de vermeden zorgvraag. De iets gezondere bewoners maken immers minder gebruik van de reguliere zorg en dat is gunstig voor de maatschappij. In deze studie ramen we de vermeden kosten op circa 10% van de gemiddelde zorgkosten van personen van vergelijkbare leeftijd. Voor een 79-jarige bewoner komt dat neer op circa € 5.000 minder zorgkosten per jaar.

Inbegrepen zijn daarbij besparingen op thuiszorg van ouderen. Minder gebruik van andere WMO-voorzieningen door Thuishuisbewoners is niet waarschijnlijk.

Een andere vorm van vermeden zorgvraag is dat Thuishuisbewoners minder of geen beroep doen op mantelzorg dan ze in een zelfstandige woonvorm wellicht zouden hebben gedaan. Het Thuishuis werkt dus 'preventief ontzorgend' voor mantelzorgers. De waarde hiervan wordt geraamd op € 2.800 per jaar. Ook dit is een baat waaraan geen geldstroom is verbonden.

Voorts verhoogt het Thuishuis mogelijk het welzijn van bewoners. Deze potentiële welzijnswinst is niet in geld uitgedrukt, omdat een eensluidende methodiek daarvoor niet voor handen is.

Kosten en baten naast elkaar

Uitgaande van een jaarlijkse gezondheidswinst van 0,018 DALY per bewoner resulteert het Thuishuis naar het zich laat aanzien in een positief maatschappelijk rendement. Dat wil zeggen: het Thuishuis kost dan minder dan zij aan welvaart genereert. Een ratio van baten en kosten van 2 ligt in de lijn der verwachting. Maar, zoals gezegd, deze uitkomst staat of valt bij de veronderstelde gezondheidswinst.

De bewoners incasseren ongeveer een vijfde van de welvaartswinst in de vorm van gezondheid. Bijna 70% winst is er aan vermeden zorgvraag. Ruim de helft daarvan is vermeden ouderen zorg die uit de WMO wordt gefinancierd. Vanuit het perspectief van een gemeente zijn de uitgespaarde kosten aan ouderenzorg waarschijnlijk al voldoende om de kosten van het Thuishuis te dekken.

Speelruimte en onzekerheden

De belangrijkste onzekerheid is de veronderstelde relatie tussen wat het Thuishuis aan de woonsituatie van de bewoners verandert en de incidentie van aandoeningen. De coëfficiënten van deze relatie zijn niet het resultaat van empirisch onderzoek, maar van inschattingen. Om een gevoel te krijgen voor de gevoeligheid van de uitkomsten voor veronderstellingen omtrent de verwachte gezondheidseffecten zijn twee varianten berekend. Uit de eerste variant leiden we af dat een Thuishuis zonder enige vorm van coördinatie (en als gevolg daarvan een doorsnee bewonersmix) bij 25% van de verwachte gezondheidseffecten maatschappelijk kostenneutraal functioneert. In de tweede variant – de huidige praktijk variant – wordt verondersteld dat 50% van de gezondheidseffecten zich voordoen. Daarnaast is de coördinatie minimaal (gemiddeld 1 uur per week) en is de bewonersmix gunstiger dan gemiddeld en. De BK-ratio is in dat geval 1,75. Men kan daaruit concluderen dat het Thuishuis maatschappelijk rendabel is als meer dan 25% van de effectinschattingen bewaarheid wordt. Bij 50% is het rendement al hoog te noemen.

Conclusie

De maatschappelijke effecten van het Thuishuis kunnen met de huidige kennis niet met betrouwbaarheid worden berekend. De onbetrouwbaarheid betreft vooral de maatschappelijke baten, maar ook de kosten zijn met de nodige onzekerheid omgeven. De belangrijkste reden voor de onzekerheid is dat de verwachte gezondheidseffecten van het Thuishuis voor de bewoners niet kunnen worden gebaseerd op empirische resultaten. Dat komt omdat het concept zelf nog te pril is om effecten in

de praktijk waar te nemen. In de voorliggende studie worden de effecten derhalve op grond van expert-opinion ingeschat. Voorts zij opgemerkt dat niet alle effecten konden worden gekwantificeerd, zoals de effecten op het welzijn van de bewoners.

De basisgedachte is dat het Thuishuis vereenzaming van ouderen kan voorkomen en de huidige inzichten zeggen dat eenzaamheid samenhangt met de incidentie van diverse aandoeningen. Als we uitgaan van een gezondheidseffect, dan laat deze studie zien dat de maatschappelijke baten vooral in vermeden zorgvraag moeten worden gezocht. Voorts wordt geconstateerd dat de effecten waarschijnlijk afhankelijk zijn van de mix van bewoners. Ze moeten kwetsbaarder zijn dan gemiddeld, maar niet te kwetsbaar, want dan wordt de beoogde samenredzaamheid een eerder een last dan een lust. Enige instroomsturing is dus noodzakelijk. Ook is in de praktijk gebleken dat enige begeleiding/coaching van buitenaf door de bewoners op prijs wordt gesteld. Om optimaal te kunnen functioneren vraagt het Thuishuis dus om coördinatie. De kosten daarvan vallen vermoedelijk veel lager uit dan de baten.

In dit onderzoek is een basisscenario berekend met twee varianten. Het basisscenario schetst het theoretische ideaal: de gezondheidseffecten die experts verwachten worden bewaarheid, omdat het huis wordt bewoond door de juiste mix van kwetsbare ouderen. Om dat te bereiken is, zo veronderstellen we, instroomcoördinatie en begeleiding/coaching van ongeveer een halve dag per week nodig. De BK-ratio komt dan uit op 2,75. In de twee varianten is de coördinatie veel minder. In variant 1 is helemaal geen coördinatie, waardoor het huis wordt bewoond door 6 doorsnee 65-plussers. In die variant functioneert het Thuishuis kostenneutraal als 25% van de gezondheidseffecten optreden. In variant 2 blijft de coördinatie beperkt tot 1 uur per week en wordt 50% van gezondheidseffecten geïncasseerd, omdat de samenstelling van de bewoners niet het optimum bereikt van het basisscenario. De BK-ratio komt dan uit op 1,75. Alles overziend concluderen we dat – als de inschattingen van experts bewaarheid worden – de maatschappelijk baten van het Thuishuis de kosten overtreffen. In de praktijk is een BK-ratio van ongeveer 2 denkbaar.

In vergrijzend Nederland waar het beleid erop is gericht ouderen zolang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen – met onvermijdelijk een toename van vereenzaamde en kwetsbare ouderen tot gevolg - kan het woonconcept Thuishuis een waardevol alternatief zijn. Het tegengaan van vereenzaming door mensen fysiek de mogelijkheid te bieden bij elkaar te wonen kan nauwelijks eenvoudiger en doeltreffender worden vormgegeven.

Mogelijke vervolgstappen

Op het methodische vlak geven we de volgende punten mee voor toekomstig onderzoek. Ten eerste zijn de gezondheidseffecten ingeschat op grond van expert opinion. We bevelen aan die inschattingen aan een nader onderzoek te onderwerpen, zodat meer zekerheid over de effecten wordt verkregen. Op de korte termijn zou dat kunnen door simpelweg méér experts te raadplegen. Op de lange termijn zou men kunnen overwegen de effecten van de bestaande Thuishuizen op hun bewoners feitelijk te onderbouwen. Bijvoorbeeld door hun werkelijk uitgeoefende zorgvraag te vergelijken met die van vergelijkbare ouderen in andere huisvesting. Dat vergt een inspanning op het gebied van dataverzameling, maar onmogelijk is het niet.

Ten tweede blijven welzijnseffecten buiten beschouwing. Bewoners van het Thuishuis voelen zich veiliger en minder eenzaam. Dergelijke effecten hebben een waarde die op dit moment nog niet op een algemeen aanvaarde wijze in zorg-MKBA's tot uitdrukking komt (zie Pomp et al, 2014). Wetenschappelijk onderzoek is daar wel naar gedaan. Het werk van B.M.S. van Praag (zie bijlage 2) zou een startpunt kunnen zijn om welzijnseffecten mee te laten wegen in MKBA's als de voorliggende.

Bijlagen

Bijlage 1 Vragenlijst Bewoners

Eerste toetsing effecten bij bewoners

De toetsing of de effecten optreden en in welke mate en waarvan die mate afhankelijk is, gebeurt op basis van de inbreng van professionals en de bewoners zelf. De bewoners zelf zijn vooral een belangrijke bron voor het toetsen van de effecten *in* het Thuishuis en of die leiden tot de volgens de theorie noodzakelijke afname van de kwetsbaarheid en de uiteindelijke geclaimde effecten.

Meer concreet hebben we in de bewonersinterviews gefocust op:

1. Wat is het verschil met de woonsituatie voor men in het Thuishuis woonde en heeft dat effect op de fysieke, psychische en sociale kwetsbaarheid? Vervolgens is de vraag of dat weer effect heeft op de vermindering, uitstel of afstel van een zorgvraag (waaronder aanpassingen en thuiszorg) dan wel een indicatie voor een intramurale instelling
2. Zijn de bewoners op hun plek. Dat wil zeggen; wordt met hen het maximale rendement gehaald uit het Thuishuis. Of waren ze in de nul situatie ook niet eenzaam geweest? Of slaat het bij hun niet aan? Of zijn ze niet eenzaam, maar zijn ze nodig om het concept tot een succes te maken?

Vertaling naar vragen

Vragen die van belang zijn om te bepalen hoe het werkzame principe van het Thuishuis werkt en of het in de praktijk voor de bewoners werkt zijn bijvoorbeeld:

- Wat is de achtergrond van mogelijke sociale (geen kinderen, geen rijbewijs), psychische (minder helder, depressief) en fysieke (slecht ziend, slecht ter been) kwetsbaarheid en wat is het effect van het Thuishuis op deze vormen van kwetsbaarheid?.
- In welke mate voelen de bewoners zich veilig? In het huis? En in de buurt? Gaan ze er ook op uit?
- Waren ze vroeger samenwonend? Zijn ze het (niet) gewend om alleen te zijn? Was er een partner die een buffer vormde voor de buitenwereld?
- Hadden ze in het verleden een extra netwerk buiten familie en of werk. Sport of kerk bijvoorbeeld?
- In hoeverre helpen ze elkaar in het huis, voelen ze zich geholpen, houden ze een oogje in het zeil? Dit is de samenredzaamheid, die natuurlijk wel van hun inbreng afhangt? Om die te geven en te accepteren. Dat accepteren is wel belangrijk uiteraard voor het succes van het concept.
- In hoeverre hebben de bewoners het idee dat ze de regie hebben over hun eigen leven in het huis of voelt het toch alsof er voor ze wordt gezorgd. Is die regie beangstigend of bevrijdend?
    - Bij dit punt van de regie het volgende: het concept kan op twee manieren werken. Het kan een bepaalde groep mensen behoeden voor

eenzaamheid en een andere groep (die niet per definitie eenzaam is) langer de regie over hun eigen leven geven. De vrienden, familie, andere netwerken zijn er wel, maar daar wordt minder vaak een beroep op gedaan. Dus als er wel mantelzorg (of zelfs een relatie) is dan is dat niet per definitie een teken dat de persoon niet op zijn plek is of geen extra baat heeft bij het concept.

- Is er meer of minder thuiszorg dan voorheen?
- Menen de bewoners dat intramuralisering kan worden uitgesteld? Zijn er mensen met een indicatie die niet weg willen/hoeven?

Semi-gestructureerde vragenlijst bewoners Thuishuis

Deel A en B: Vragen worden zo open mogelijk gesteld om vooral de bewoners aan het wordt te laten. Het betreft uitdrukkelijk een vraaggesprek en geen vragenlijst.

Deel C: Dit deel betreft gesloten vragen. Deze vragen vormen samen de Tilburg Frailty Index. Aan de hand van deze vragen kunnen we berekenen hoe de bewoners scoren op de kwetsbaarheidsindex

<u>A. Woonsituatie</u>

1. Hoe omschrijft u uw woonsituatie?

2. Wat zijn uw beweegredenen om in het Thuishuis te gaan wonen?

- *Voorval/ life event (partner verloren, gezondheid etc.).*
- *Rol van Fysieke kwetsbaarheid een rol*
- *Rol van Psychische kwetsbaarheid een rol*
- *Rol van Sociale kwetsbaarheid*
- *Overwegingen/redenaties*
- *Overwogen alternatieven*
- *Voordelen*
- *Nadelen*

3. Hoe ervaart u het wonen in het Thuishuis?

- *Positieve aspecten*
- *Veiligheid*
- *Eigen regie*
- *Negatieve aspecten (ruzies/ ergernissen)*
- Aandragen nieuwe bewoners

4. Hoe verschilt het wonen in het Thuishuis ten opzichte van uw vorige woonsituatie?

- *Aanwezigheid partner*
- *Eigen regie*
- *Zelfstandigheid*
- *Veiligheid*
- *Samenredzaamheid*
- *Mobiliteit*

5. Hoe lang denkt u hier te (kunnen) blijven wonen?

- *Redenen om te verhuizen*
- *Uitstellen intramuraal wonen*
- *Afstellen intramuraal*

B. Dagelijks leven in het Thuishuis

6. Hoe ziet voor u een gemiddelde dag eruit?

- *Dagritme*
- *Beweging*
- *Uithuizigheid*
- *Mobiliteit*
- *Bezoek*

7. Hoe is het samenleven in het Thuishuis ingericht en hoe wordt het ervaren?

- *Gezamenlijke activiteiten*
- *Samen eten*
- *Dagelijkse aanspraak*
- *Hulp*
- *Groepsdynamiek*
- *Accepteren van hulp*
- *rolverdeling*

8. In hoeverre ontvangt u hulp of zorg van mantelzorgers, familie, vrijwilligers en professionals?

- *Aanwezigheid kinderen*
- *Aanwezigheid ander netwerk dan familie: sport of kerk*

9. Wat is er in uw dagelijks leven veranderd sinds u hier bent gaan wonen?

- *Dagritme*
- *Activiteiten*
- *beweging*
- *Dagelijkse aanspraak*
- *Sociale contacten*
- *Zorgvraag*
- *Financiële situatie*
- *Fysieke gezondheid*
- *Psychische gezondheid*

10. Ontving u Thuisbezoek toen u nog niet in het Thuishuis woonde?

C. Gezondheid, kwetsbaarheid, eenzaamheid (nulmeting)

11. Heeft u twee of meer ziekten en/of chronische aandoeningen? ja /nee

12. Gebruikt u op dit moment 4 of meer verschillende soorten medicijnen? ja /nee

13. Hoe vaak in de week wandelt u of loopt u buitenshuis ergens naar toe?[14]

- O minder dan 1 keer per week
- O 1 a 2 keer per week
- O 3 a 5 keer per week
- O dagelijks

14. Bent u de afgelopen periode veel afgevallen zonder dit zelf te willen? ja /nee

(veel is: 6 kg of meer in de afgelopen 6 maanden of 3 kg of meer in de afgelopen maand)

15. Heeft u problemen in het dagelijks leven door

..........slecht lopen?	Ja / nee
..........het slecht kunnen bewaren van uw evenwicht?	Ja / nee
..........slecht horen?	Ja / nee
..........slecht zien?	Ja / nee
..........weinig kracht in uw handen?	Ja / nee
..........lichamelijke moeheid?	Ja / nee

16. Heeft u klachten over uw geheugen?

0 ja 0 soms 0 nee

17. Heeft u zich de afgelopen maand somber gevoeld?

0 ja 0 soms 0 nee

18. Heeft u zich de afgelopen maand nerveus of angstig gevoeld?

0 ja 0 soms 0 nee

19. Kunt u goed omgaan met problemen?

0 ja 0 nee

20. Mist u wel eens mensen om u heen?

0 ja 0 soms 0 nee

21. Ontvangt u voldoende steun van andere mensen?

0 ja 0 nee

D. Achtergrondgegevens bewoner

Woonduur:

Geslacht:

Leeftijd:

Burgerlijke staat:

[14] vaker dan 1 x per week is ja.

Bijlage 2 Bronnen en literatuur

Clark, Andrew E., *Paul Frijters, and Michael A. Shields (2008). Relative Income, Happiness, and Utility: An Explanation for the Easterlin Paradox and Other Puzzles,* Journal of Economic Literature 2008, 46:1, 95–144

CVZ (2010), *Handleiding voor kostenonderzoek: Methoden en standaard kostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg*, Diemen, College voor Zorgverzekeringen

Gobbens, R. (2012). *De Tilburg Frailty Indicator*. *Een gebruiksvriendelijk meetinstrument om kwetsbare ouderen op te sporen*. Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek, 22 *(3), 91*.

Jochum Deuten advies & onderzoek (2012), *Maatschappelijke rendementsanalyse Thuishuis – een eerste tussenstand* i.o.v. Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting

Ministerie van BZK (2014), *Transitieagenda Langer zelfstandig wonen* (4 juni 2014), Den Haag, Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties

Meer E.H. van der (2011), *De Wijkzuster terug in West-Brabant, worden we er beter van?* BMC

Nationaal Kompas Volksgezondheid (2104), *Eerste lijnszorg – Kosten – Kosten naar sector* http://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/eerstelijnszorg/kosten/kosten-naar-sector

Nationaal Kompas Volksgezondheid (2104), *Gezondheidstoestand – Functioneren en kwaliteit van leven – Eenzaamheid* http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/gezondheid-en-kwaliteit-van-leven/eenzaamheid

Nationaal Kompas Volksgezondheid (2104), *Zorg – huidige kosten – kosten naar sector* http://www.nationaalkompas.nl/zorg/huidige-kosten/kostennaarleeftijd

Pomp, M. , C.G. Schoemaker, J.J. Polder (2014), *Op weg naar maatschappelijke kosten-batenanalyses voor preventie en zorg*, Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014, RIVM-rapportnummer 010003003/2014

Praag, B.M.S. van (2004) and A. Ferrer-i-Carbonell, *Happiness Quantified: A Satisfaction Calculus Approach*, Oxford University Press, Oxford: UK , revised in 2008, Chinese translation 2009

Romijn en Renes (2013), *Algemene leidraad voor maatschappelijke kosten-batenanalyse*, Den Haag, Centraal planbureau (CPB)/ Planbureau voor de Leefomgeving (PBL)

SCP (2010), *Mantelzorg uit de doeken*, Den Haag, Sociaal Cultureel Planbureau

SCP (2011) *Kwetsbare ouderen*, Den Haag, Sociaal Cultureel Planbureau

Senik, C., B.M.S. van Praag, A. Ferrer-i-Carbonell (2004) ,*Happiness Quantified. A Satisfaction Calculus Approach*, Journal of Economic Behavior & Organization, Volume 59, Issue 1, January 2006, Pages 147-151

SFK (2012), *Data en feiten 2012*, Den Haag, Stichting Farmaceutische Kengetallen

Zwart-Olde, I., M. Jacobs, M. Broese van Groenau, M. van Wieringen (2013), *Samen zorgen voor thuiswonende ouderen: onderzoeksrapportage over de samenwerking tussen mantelzorgers, professionals en vrijwilligers in de thuiszorg*, VU/FSW

Wong, A., G. Kommer en J.J. Polder (2008), L*evensloop en zorgkosten; solidariteit en de zorgkosten van vergrijzing*. RIVM-rapport 270082001

Bijlage 3 Kostenverdeling

Ziekenhuis/medische specialistische hulp	100% ZVW
Ouderenzorg	Extramuraal: deels WMO (ondersteuning die geen medisch karakter hebben zoals HH, aanpassingen woning, begeleiding, maaltijden etc.), deels WLZ; bij indicatie voor zorg met verblijf maar thuis blijven wonen keuze uit VPT, MPT of PGB. Voor verpleging en verzorging thuis (zonder indicatie) is geen verwijzing van de huisarts nodig, men krijgt dan wijkverpleging betaald uit de ZVW (basispakket zorgverzekering). Intramuraal: 100% WLZ
Welzijnszorg	Geen ZVW en WLZ. Deels WMO
Medicijnen	100% ZVW
Hulpmiddelen	Deels WMO; rolstoel of PGB (een rolstoel krijgt men alleen via de Wmo 2015 als u deze voor langere tijd nodig heeft). Deels ZVW; voor hulpmiddelen voor tijdelijk gebruik kan contact opgenomen worden met de thuiszorgwinkel, het thuiszorguitleenmagazijn of zorgverzekeraar.
Eerstelijnshulp	100% ZVW
GGZ	Deels WMO; beschermde woonomgeving voor mensen met een psychische stoornis. Deels ZVW; de huisarts behandelt lichte psychische klachten zelf Deels ZVW & WLZ; de eerste 3 jaar valt het verblijf in een psychiatrische instelling onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarna valt het verblijf onder de Wet langdurige zorg (Wlz) en is een Wlz-indicatie nodig.

Bijlage 4 Overzicht modelparameters

Aantal mannen	2	
Aantal vrouwen	4	
Gemiddelde leeftijd mannen	79	
Gemiddelde leeftijd vrouwen	79	
DALY-waarde	€ 75,000	
Verwachte resterende zorgkosten man	€ 124,949	
Verwachte resterende zorgkosten vrouw	€ 183,031	
	man per jaar	vrouw per jaar
gemiddelde kosten ouderenzorg	€ 8,083	€ 10,662
gemiddelde kosten medicijnen/hulpmiddelen	€ 1,070	€ 1,070
gemiddelde kosten eerstelijns hulp	€ 928	€ 1,027
gemiddelde kosten overige zorg	€ 6,916	€ 6,669
verlengde levenduur	50%	van elke gewonnen DALY
loonkosten coordinator per jaar	€ 12,000	
minimum / maximum begeleidingskosten	10%	80%
waarde van vrije tijd mantelzorger	€ 12	(gemiddeld netto uurloon in Nederland)
gemiddelde mantelzorgvraag oudere niet chronisch/terminaal ziek	3	(bron: SCP en VU)
verwachte mantelzorgvraag afname per week	25%	van gemiddelde mantelzorgvraag
disconteringsvoet	5.50%	
aandeel in de zorgkosten relevante aandoeningen	50%	
aandeel van maximum expert-effect	100%	
gemiddelde zorgkosten lager dan zorgkosten Thuishuisbewoner	33%	(bij 60 jaar)

Bijlage 5 Deelnemers expertmeeting

Conny Bouwer	Wijkverpleegkundige*
Els Glimmerveen	GZ-psycholoog*
Bert van Putten	gemeente Harderwijk
Jan Ruyten	directeur Stichting Thuis in Welzijn
Tanja Stroeve	voorheen Eigen Haard
Frank Bonnerman	Ministerie van BZK
Anna Hamelink	Vrijwilligers coördinator
Gerard van der Ven	Omnia Wonen

*tevens de kansenmatrix gekwantificeerd